FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Joaquim Mariano Bayma do Lago

RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Ouvidor 31

1883

THESE

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA
ESTUDO CLINICO DA CONJUNCTIVITE GRANULOSA

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACIA
DAS QUINAS CHIMICO—PHARMACOLOGICAMENTE CONSIDERADAS

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA
APPARELHO CIRCULATORIO EM GERAL

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA
CHYLURIA.

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em 29 de Setembro de 1883

E SUSTENTADA

Em 14 de Dezembro de 1883

PELO

Dr. JOAQUIM MARIANO BAYMA DO LAGO

NATURAL DO MARANHÃO

Chefe de clinica do serviço de molestias dos olhos na Policlinica geral do Rio de Janeiro

FILHO LEGITIMO DE

ANTONIO ZEFERINO BAYMA DO LAGO

E DE

D. MARIA CECILIA BAYMA DO LAGO

RIO DE JANEIRO

Typ. de G. Leuzinger & Filhos, Ouvidor 31

1883

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR

Conselheiro Dr. VICENTE CANDIDO FIGUEIRA DE SABOIA.

VICE-DIRECTOR

Conselheiro Dr. ANTONIO CORRÊA DE SOUZA COSTA.

SECRETARIO

Dr. CARLOS FERREIRA DE SOUZA FERNANDES.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

João Martins Teixeira	Physica medica.
Conselheiro Manoel Maria de Moraes e Valle	Chimica medica e mineralogia.
João Joaquim Pizarro	Botanica medica e zoologia.
José Pereira Guimarães. *(Examinador)*	Anatomia descriptiva.
Conselheiro Barão de Maceió *(Presidente)*	Histologia theorica e pratica.
Domingos José Freire Junior	Chimica organica e biologia.
João Baptista Kossuth Vinelli	Physiologia theorica e experimental.
João José da Silva	Pathologia geral.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
João Damasceno Peçanha da Silva	Pathologia medica.
Pedro Affonso de Carvalho Franco	Pathologia cirurgica.
Conselheiro Albino Rodrigues de Alvarenga	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetrica.
Claudio Velho da Motta Maia	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Conselheiro Antonio Corrêa de Souza Costa	Hygiene e historia da medicina.
Conselheiro Ezequiel Corrêa dos Santos	Pharmacologia e arte de formular.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal e toxicologia.
Conselheiro João Vicente Torres Homem Domingos de Almeida Martins Costa	Clinica medica de adultos.
Conselheiro Vicente C. Figueira de Saboia João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica de adultos.
Hilario Soares de Gouvêa *(Examinador)*	Clinica ophtalmologica.
Erico Marinho da Gama Coelho *(Examinador)*	Clinica obstetrica e gynecologica.
Candido Barata Ribeiro	Clinica medica e cirurgica de crianças.
João Pizarro Gabizo	Clinica de molestias cutaneas e syphiliticas.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica.

LENTES SUBSTITUTOS SERVINDO DE ADJUNTOS

Drs. :

Augusto Ferreira dos Santos	Clinica medica e mineralogia.
Antonio Caetano de Almeida *(Examinador)*	Anatomia topographica, medicina operatoria experimental, apparelhos e pequena cirurgia.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro	Anatomia descriptiva.
Nuno Ferreira de Andrade	Hygiene e historia da medicina.
José Benicio de Abreu	Materia medica e therapeutica, especialmente brasileira.

ADJUNTOS

Drs. :

José Maria Teixeira	Physica medica.
Francisco Ribeiro de Mendonça	Botanica medica e zoologia.
....	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologia.
....	Physiologia theorica e experimental.
Luiz Ribeiro de Souza Fontes	Anatomia e physiologia pathologicas.
....	Pharmacologia e arte de formular.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Medicina legal e toxicologia.
Francisco de Castro Eduardo Augusto de Menezes Bernardo Alves Pereira Carlos Rodrigues de Vasconcellos	Clinica medica de adultos.
Ernesto de Freitas Crissiuma Francisco de Paula Valladares Pedro Severiano de Magalhães Domingos de Góes e Vasconcellos	Clinica cirurgica de adultos.
Pedro Paulo de Carvalho	Clinica obstetrica e gynecologica.
José Joaquim Pereira de Souza	Clinica medica e cirurgica de crianças.
Luiz da Costa Chaves de Faria	Clinica de molestias cutaneas syphiliticas.
Carlos Amazonio Ferreira Penna	Clinica ophthalmologica.
....	Clinica psychiatrica.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á

Sagrada memoria

de

MEU PAE

Á MEMORIA

de

MEUS IRMÃOS

Á MINHA MÃE

Á MEU TIO, PADRINHO E VERDADEIRO AMIGO

Manoel Corrêa Bayma do Lago

Meus irmãos e eu tudo vos devemos. Encontramos em vós um segundo Pae.

Pelos beneficios que nos tendes feito, a nossa eterna gratidão.

Á MEUS IRMÃOS

Á MEUS AMIGOS

Á MEUS PARENTES

AOS AMIGOS DE MINHA FAMILIA

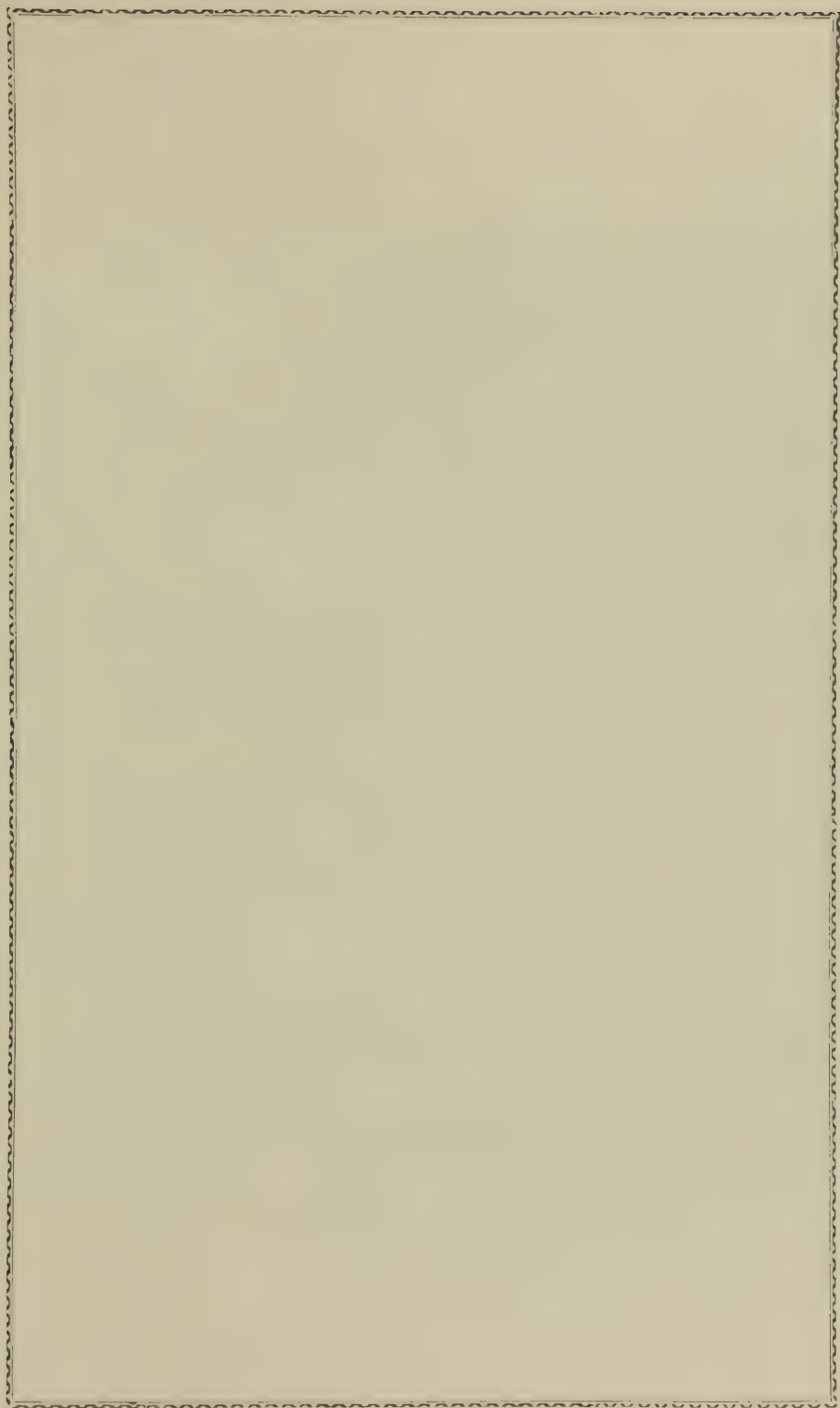
AOS AMIGOS DE MEU TIO

Manoel Corrêa Bayma do Lago

AOS COLLEGAS DOUTORANDOS

AOS COLLEGAS DE ACADEMIA

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Á FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

O ponto que escolhemos para assumpto de nossa dissertação é um d'aquelles em cuja solução, n'estes ultimos annos, muito se tem empenhado um grande numero de ophtalmologistas dos mais experimentados da velha e sabia Europa. Por mais ingentes que tenham sido os seus esforços, pouco ou nada se tem adiantado sobre o estudo d'esta questão. As suas opiniões são variadas, o que mostra a confusão que reina nos seus espiritos. O desacordo entre elles é manifesto.

É este, pois, um dos pontos mais controversos da ophtalmologia.

O nosso trabalho se apresentar imperfeições, defeitos, estes não nos devem ser attribuidos, e sim ao estado da sciencia que ainda não deu a sua ultima palavra sobre esta tenebrosa questão.

O que dissemos refere-se principalmente á sua parte especulativa.

Quanto a parte pratica, na qual o tratamento occupa o primeiro, logar o seu estado é mais lisongeiro.

Não obstante, muitos dos casos mais felizes de conjunctivite granulosa, não terminam sem antes haver esgotado a resignação dos enfermos e os recursos e a paciencia do medico, cuja reputação é não poucas vezes compromettida.

Um não pequeno numero de victimas, ou perde a vista, ou sua affecção exige recursos tão extremos como a inoculação blenorrhagica.

Hoje o jequirity occupa a attenção do mundo ophtalmologico, e ha quem o julgue especifico no tratamento das granulações. Fazemos votos para que este meio attinja a sua perfectibilidade a bem da humanidade soffredora.

DISSERTAÇÃO

CONJUNCTIVA

As duas dobras cutaneas moveis, situadas verticalmente á entrada das orbitas e que são denominadas palpebras, servem para cobrir, proteger o globo ocular e conservar a sua superficie em um estado de humidade constante e indispensavel.

Em parte alguma a não ser nas palpebras encontraremos condensados em um pequeno espaço, elementos mais heterogeneos e uma estructura mais complicada.

Como o nosso fim é apenas expôr resumidamente a anatomia da conjunctiva, pouco diremos sobre a palpebra em geral.

Existe de cada lado uma palpebra superior e outra inferior, e estas interceptam uma abertura, cujo maior diametro é o transverso. Esta abertura é a fenda palpebral, cujas extremidades são as commissuras ou angulos dos olhos, que são em numero de dous; um interno, outro externo, sendo o primeiro arredondado, e o segundo agudo.

Tanto a palpebra superior como a inferior apresentam duas faces e dous bordos.

As faces são: uma cutanea, outra mucosa. Esta ou orbitaria é concava, aquella convexa. Os bordos distinguem-se em adherentes e livres. Os adherentes variam de direcção. O da palpebra superior continua-se com a pelle dos supercilios, o da inferior com a das maçãs do rosto. O bordo livre da palpebra superior é convexo, o da inferior concavo. Este apresenta duas partes, divididas por uma saliencia, denominada tuberculo lacrymal. A interna arrendondada, tem 5 a 6 millimetros de extensão e é apenas coberta por uma ligeira pennugem. A externa ou ciliar, muito mais extensa que a

3 a 4 millimetros, e que termina no bordo adherente do tarço, nada offerece de notavel, a não ser um desenvolvimento maior das saliencias e sulcos já mencionados, que fizeram suppôr na existencia de glandulas utriculares. Krause considera os utriculos descriptos por Henle, como se fossem cones epidermicos que penetrariam entre as papillas.

A tunica propria da conjunctiva, unica que existe além da camada epithelial, segundo Sappey, é completamente adherente ao tarso, pois falta n'esta parte tarsal o tecido sub-conjunctival.

A tunica propria está completamente infiltrada de corpusculos lymphoides, desde o seu bordo livre até o fundo de sacco. Ella é formada de uma rêde de fibras de finas malhas, em cujas intersecções encontram-se numerosos nucleos. Os espaços comprehendidos entre estas rêdes de fibras ou cellulas estão cheios de uma grande quantidade de corpusculos lymphoides. Este tecido é, pois, semelhante ao tecido adenoide de Virchow.

Na conjunctiva do fundo de sacco, o epithelio é constituido por muitas camadas, das quaes as mais profundas, são constituidas por cellulas irregularmente redondas, e que transformam-se em cellulas pavimentosas no epithelio do bulbo.

Ha, além disso, grande quantidade de fibras elasticas, que atravessam o tecido sub-conjunctival que existe nesta parte.

Na conjunctiva do bulbo ha quasi a mesma disposição que se encontra na do fundo de sacco.

Ha, porém, algumas disposições que as distinguem, taes como a frouxidão do tecido sub-conjunctival, que permitte que a conjunctiva se separe completamente da sclerotica e uma circulação mais completa. O epithelio que reveste a cornea é a continuação do epithelio conjunctival. Elle é pavimentoso; suas cellulas superficiaes são achatadas, seguindo-se as cellulas redondas, e mais profundamente outras quasi cylindricas.

Vejamos o que de mais se tem encontrado na conjunctiva.

As papillas descriptas na conjunctiva são pequenas saliencias, constituidas por tecido cellular denso, nas quaes se acha uma pequena alça vascular e nervosa. Ellas são mais apparentes ao nivel

da cartilagem tarsa do que no fundo de sacco, onde tem uma base mais larga. A conjunctiva bulbar não as contém.

As papillas são mais visiveis na cartilagem tarsa superior, e sobretudo na visinhança do angulo externo.

As glandulas utriculares descobertas por Henle, e cuja séde é a conjunctiva tarsal, não são admittidas pela maior parte dos auctores.

A infiltração lymphatica diffusa de que já fallámos, é hoje aceita por todos, e a sua existencia pessoa alguma contesta. No que, porém, reina grande confusão, é sobre a existencia de folliculos lymphaticos fechados. Estes folliculos, taes como têm sido encontrados, são pequenas cavidades circumscriptas por fibras de tecido connectivo e atravessadas por trabeculas, que servem de ponto de apoio aos vasos capillares sanguineos. Entre estas trabeculas existem vacuolos ou espaços lacunosos cheios de elementos proprios da lympha. Estes folliculos seriam, pois, analogos ás glandulas solitarias do intestino delgado ou placas de Peyer.

Blumberg, Waldeyer, Sattler, etc., consideram-n'os como elementos pathologicos e negam a sua existencia na conjunctiva sã.

Krause, Frey Klein Schmidt, affirmam que são producções normaes e constantes.

Elles têm sido encontrados em grande numero por uns ; outros dizem que são pouco numerosos, e finalmente, em alguns casos faltavam completamente. A sua séde tem sido determinada por uns na metade média do olho, por outros na metade interna.

As glandulas sub-conjunctivas de Sappey e acino-tubulosas de Krause, tem a sua séde no tecido sub-conjunctival e na metade interna do olho, sendo mais numerosas na palpebra superior. Seu numero varia de 12 a 18 na palpebra superior e de 2 a 6 na inferior. Estas glandulas secretam um liquido mais consistente que o lacrymal, um mucus que serve, espalhando-se sobre a conjunctiva, para facilitar o jogo das palpebras.

Na conjunctiva bulbar, ao redor da cornea encontram-se as glandulas de Manz, ou cryptas muciparas.

Além d'estas foram descriptas por Ywanoff, glandulas tubulosas que apparecem e se desenvolvem em casos pathologicos.

Na conjunctiva da caruncula lacrymal apresentam-se os orificios das glandulas sebaceas, que formam uma pequena saliencia sobre a qual passa a mucosa.

As arterias da conjunctiva vêm das ciliares anteriores e palpebraes. As veias formam pequenos troncos que vão ter, as superiores, ao ramo de origem da veia ophtalmica, as inferiores á veia facial.

A conjunctiva tem vasos lymphaticos muito abundantes que se dirigem aos ganglios parotidianos e sub-maxillares.

Os nervos são em muita abundancia, o que não está em relação com a pequena sensibilidade desta membrana. Da porção ocular provêm elles dos nervos ciliares, dos quaes alguns ramusculos atravessam a sclerotica, e da porção palpebral, do ramo ophtalmico do nervo sub-orbitario.

A terminação dos nervos da conjunctiva foi estudada por Krause. Elles terminam-se nos corpusculos claviformes, descobertos por este anatomista. Estes são constituidos por um envolucro muito delgado, contem uma substancia molle e granulosa, e além d'isso situados sob a camada epithelial.

A circulação da conjunctiva está sob a influencia do grande sympathico, o que prova a experiencia de Claude Bernard, que cortando a porção cephalica deste nervo, determinou uma vermelhidão desta membrana.

CONJUNCTIVITE GRANULOSA

A presença, na conjunctiva, de pequenas saliencias denominadas commummente granulações palpebraes é o signal caracteristico d'esta affecção.

Estas granulações, para alguns, eram pequenos kistos, pustulas; para Mackensie, ellas resultavam da hypertrophia das papillas da conjunctiva. Velpeau considerava-as como devidas ás glandulas muciparas hypertrophiadas ou inflammadas; outros autores julgavam vêr n'ellas um desenvolvimento exagerado dos elementos lymphoides, contidos na espessura da conjunctiva.

Hoje a escola allemã, attendendo á evolução especial de certas granulações e á sua natureza anatomica, considera, sómente como granulações verdadeiras ou trachoma, as que são produzidas pelo deposito na espessura da conjunctiva de um tecido novo, de um neoplasma.

As que resultam da hypertrophia das papillas e dos folliculos são as falsas granulações e são regeitas por ella. Para Soemisch ha producção de folliculos e Wecker é da mesma opinião.

O que distingue principalmente estas especies de granulações, é que as falsas desapparecem sem deixar traços e as verdadeiras ou neoplasticas dão lugar a cicatrisação da mucosa.

Nós adoptamos no nosso trabalho uma divisão, na qual estão comprehendidas tanto as granulações falsas como as verdadeiras.

Como presentemente a conjunctivite granulosa é considerada por muitos ophtalmologistas, uma affecção da conjunctiva, caracterisada pela existencia de granulações verdadeiras, d'ella nos occuparemos encarada debaixo d'este ponto de vista.

Sobre as falsas granulações apenas diremos o que for necessario para que sejam bem comprehendidas.

Dividimos pois, as granulações em papillares, folliculosas e neoplasticas (granulação propriamente ditas, trachoma.)

Reina ainda muita confusão a respeito de granulações palpebraes. Perderiamos muito tempo se tentassemos fazer o seu historico. Limitamo-nos a citar a opinião de Galesowski.

Este practico, em seu livro sobre molestias dos olhos publicado no corrente anno, devide as granulações em benignas e malignas. As primeiras não deixam traços de sua passagem, são as falsas granulações. As segundas, são contagiosas, destroem os tecidos e ahi substituem-se, provocando uma retracção cicatricial. Estas são devidas ás pequenas saliencias neoplasicas e ainda mais segundo elle á hypertrophias especificas das papillas e dos folliculos, são as verdadeiras granulações.

Censurando o estudo que se tem feito sobre as granulações, attendendo sómente ás suas fórmas e aspectos e não segundo a natureza essencialmente differente do processo que as produz, diz elle que a divisão que apresenta é a unica que póde lançar alguma luz n'esta questão.

GRANULAÇÕES PAPILLARES

O que se dá na conjunctivite catarrhal observa-se tambem na conjunctivite purulenta.

Quando estas affecções são de marcha aguda pódem no fim de algum tempo desapparecer espontaneamente. Mais commummente porém, ellas passam ao estado chronico.

Todos os phenomenos inflammatorios cedem ou diminuem de intensidade, ficando apenas compromettida a conjunctiva palpebral.

Si voltarmos as palpebras, vêl-a-hemos coberta de elevações. Estas elevações não são mais do que papillas hypertrophiadas.

É a este estado da mucosa conjunctival que se deu o nome de granuloso.

Ha, pois, segundo alguns, uma conjunctivite granulosa que é

acompanhada de uma secreção que muitas vezes não diminue de quantidade.

As vezes, nada nos leva a crêr que a conjunctiva acha-se eriçada de granulações e assim passarem-se mezes e mesmo annos sem que os doentes recorram aos medicos.

A hypertrophia das papillas conjunctivaes, descriptas por Mackenzie, Stellwag von Carion, Thiry, A. Sichel e outros é uma lesão muito frequente.

É esta especie de granulações que temos tido occasião, mais vezes de observar em um grande numero de doentes por nós examinados.

O modo porque as papillas augmentam de volume tem sido convenientemente estudado.

As papillas hypertrophiadas são susceptiveis de apresentarem-se sob differentes fórmas. São em geral mais largas na base do que no vertice e guardam entre si intervallos que são preenchidos por cellulas alongadas, pontudas (Soemisch) que se encontram na camada epithelial perto da base das papillas. Estas cellulas tornam-se mais curtas na superficie das papillas.

N'este estado chronico a mucosa conjunctival apresenta-se injectada e infiltrada de serosidade de um modo mais ou menos notavel.

Como parte integrante da conjunctiva a camada epithelial, formada de cellulas cylindricas (Sichel) e que cobre as granulações papillares, é espessa por ser tambem séde de infiltrações serosas. Além disso acha-se n'essa camada um grande numero de cellulas redondas, que pódem ser consideradas como elementos lymphoides.

As papillas, dependencia da tunica propria da conjunctiva, da qual são proeminencias, com o estado inflammatorio da mucosa tomam um grande desenvolvimento. As elevações que ellas formam são principalmente devidas ao grande desenvolvimento dos vasos.

É sebretudo na parte média da base das papillas que se encontram os vasos mais volumosos, emquanto que a sua superficie é guarnecida de uma rêde de finos vasos que estão debaixo da camada epithelial.

É facil de vêr que estes vasos são emanações dos grandes vasos subjacentes.

Esta rêde superficial se estende de uma fórma quasi completa de uma a outra papilla. Não é sómente a visinhança dos grossos vasos, mas tambem e sobretudo a das finas ramificações, que é a séde de uma accumulação, de uma reunião de elementos lymphoides, semeiados entre os feixes de tecido cellular da papilla (Soemisch).

As granulações papillares, em virtude de sua riqueza em vasos, apresentam-se com uma côr vermelha vivissima, purpurina. Ellas pódem, quando a camada epithelial é por demais espessa, modificar-se; e n'estas condições são um pouco cinzentas.

A séde a mais commum das granulações é entre o bordo adherente da cartilagem tarsa e o fundo de sacco conjunctival e sobretudo nos angulos dos olhos, sendo separadas umas das outras por sulcos mais ou menos profundos.

As papillas hypertrophiadas se alongam sendo o cumprimento maior do que a largura.

O volume é variavel e póde attingir a 3 millimetros a saliencia que ellas determinam.

As palpebras sobrecarregadas de granulações apresentam uma maior espessura, tornando-se preguiçosos os seus movimentos.

O ptosis da palpebra superior e o ectropion da inferior que se observam algumas vezes acham, em parte, no estado da palpebra, a sua explicação.

Além da comichão e sensação de corpos estranhos os doentes experimentam muitas vezes o lacrymejamento e photophobia, principalmente quando ha complicação para o lado da cornea.

A keratite pannosa, commum nas verdadeiras granulações, apparece tambem n'este caso. São as asperesas da conjunctiva que produzem o despolido da cornea e em seguida a sua injecção.

Nem sempre é favoravel o prognostico das granulações papillares.

Geralmente elle é benigno, porém as vezes ellas se apresentam tão densas, asperas e desenvolvidas que o seu desapparecimento tem lugar sómente depois de um longo tratamento.

As vezes as granulações dão lugar á cicatrisação em massa da conjunctiva (Sichel).

As granulações papillares, como dissemos, são apenas um accidente de conjunctivites purulentas, um facto clinico accessorio.

Inoculado, portanto, o producto de secreção morbida, derivado das affecções conjunctivaes, catarrhaes e purulentas, as papillas quando se hypertrophiam é sempre accidentalmente, depois das conjunctivites catarrhaes e purulentas provocadas por essas inoculações.

Affirmam alguns autores que quando retira-se um pouco de pús de uma palpebra coberta de granulações papillares e que este seja depositado sobre um olho são, pódem desenvolver-se n'este, quer affecções agudas, depois das quaes apparecem essas elevações, quer phenomenos sub-agudos que acompanham as hypertrophias das papillas conjunctivaes.

GRANULAÇÕES FOLLICULOSAS

O que caracterisa principalmente a conjunctivite folliculosa e a distingue do simples catarrho conjunctival são as granulações chamadas folliculosas.

Estas granulações se desenvolvem na conjunctiva e umas vezes são acompanhadas de phenomenos agudos. Outras, porém, não ha hyperhemia conjunctival, injecção perikeratica e secreção abundante.

As granulações apparecem lentamente e lentamente se desenvolvem sem que provoquem reacção inflammatoria.

A lesão concentra-se sómente na conjunctiva palpebral e dá apenas logar a uma secreção pouco abundante e que aggultina os cilios durante o somno.

É a palpebra inferior que é sobretudo a séde d'estas elevações. Ellas procuram de preferencia o fundo de sacco e as commissuras ou angulos dos olhos e é ahi que tomam maior desenvolvimento.

Semi-transparentes, avermelhadas e cinzento-avermelhadas, estas elevações attingem a um millimetro de diametro.

No fundo de sacco da palpebra superior e do tarso correspondente, adquirem menor desenvolvimento e são tambem menos espalhadas, apresentando-se sob a fórma de manchas brancas, arredondadas, apenas elevadas acima da mucosa, o que se explica pelo achatamento que ellas experimentam pela pressão das palpebras sobre o globo ocular. (Soemisch).

As granulações folliculosas são tambem chamadas vesiculosas.

Para uns ellas contém um liquido viscoso encerrado nos folliculos lymphaticos obliterados (Velpeau, Foucher, Gosselin).

Para outros ellas consistem no desenvolvimento exagerado do systema follicular da conjunctiva (Wecker, Abadie, Landolt).

As granulações vesiculosas resultam do desenvolvimento anormal e mesmo da producção de folliculos lymphoides.

Soemisch, em cujos trabalhos se inspira Wecker, na descripção d'esta especie de granulações, conseguiu preparações histologicas d'essas elevações da conjunctiva.

Em umas elle encontrou folliculos lymphoides bem desenvolvidos, e isto nos pontos principalmente em que elles não soffriam pressão alguma sobre o globo ocular.

Em outras, que correspondiam ás manchas brancas, arredondadas, o exame attento, mostrava que ellas eram formadas por uma reunião consideravel de elementos lymphoides.

Estes elementos eram accumulados em grupos de 0,2 — 0,4 millimetros de diametro e que tornavam-se menos densos para a periphezia e se perdiam sem limites bem precisos. Portanto, todo o traço de uma membrana envolvente que cerca o folliculo lymphatico bem desenvolvido e o caracterisando faltava completamente. A superficie da conjunctiva mostrava no logar da accumulação d'esses elementos, que iam até abaixo da camada epithelial, uma pequena proeminencia, attingindo apenas 0,08 millimetros. Isto se encontrava entre folliculos bem desenvolvidos o que prova que se trata de folliculos em via de desenvolvimento. (Soemisch).

Admittem muitos autores que os collyrios e em particular os de atropina e de ezerina, dão nascimento á esta variedade de gra-

nulações que se distinguem da simples pelos signaes seguintes:

« 1.º A participação do derma das palpebras pela irritação, sob a fórma de œdema, de erythema (d'eczema) e de rubor erysipelatoso.

« 2.º O numero dos pequenos folliculos transparentes, que se formam sobre o proprio tarso e ganham quasi todo o bordo cortante da palpebra.

« 3.º Uma infiltração lymphoide ao redor do limbo conjunctival, constituindo nos casos accusados uma chemosis dura. » (Wecker, Landolt).

Eram mais communs antes e depois das operações de cataracta. Deixando de ser estes collyrios empregados n'estes casos, as granulações se manifestam presentemente n'aquelles em que ha necessidade de prolongar-se o uso da atropina e ezerina por muito tempo.

A conjunctivite folliculosa aguda póde desapparecer por meio de um tratamento bem dirigido. Outras vezes elle passa ao estado chronico, no qual póde persistir por muito tempo.

O prognostico que Wecker estabelece differe quando se trata quer de granulações agudas, quer chronicas. As que se apresentam sob a fórma chronica e mesmo as toxicas podem desapparecer rapidamente e não se acompanham de complicações para o lado da cornea. A conjunctivite folliculosa aguda predispõe muito ás affecções corneanas (Wecker e Landolt), o que não é admittido por alguns autores. (Abadie).

É opinião quasi que geral que as granulações folliculosas podem desapparecer da conjunctiva deixando-a intacta, sendo este facto um dos que as distinguem das granulações verdadeiras.

Entretanto a cura das granulações folliculosas seria de regra? (Terrier).

A causa a mais commum do apparecimento do mal é o contagio. Elle reina endemicamente e é observado sobretudo nas prisões, navios onde os individuos estão collocados em pessimas condições hygienicas.

O estado follicular desenvolve-se de um modo analogo em porcos guardados em prosilgas e privados do ar livre. (Stromeyer).

GRANULAÇÕES VERDADEIRAS, TRACHOMA

As verdadeiras granulações são saliencias, cuja estructura histologica aqui apresentamos, de accôrdo com os trabalhos de Soemisch.

Estas elevações da conjunctiva são cobertas por uma camada epithelial. Abaixo d'esta camada encontram-se cellulas redondas ou de nucleos muito unidos. A proporção que nos approximamos da base das granulações vemos que estas cellulas vão diminuindo de numero até que são completamente substituidas por um stroma de tecido cellular, emanado do stroma conjunctival, com o qual as granulações se confundem em sua base.

O tecido de que fallamos encerra vasos que se ramificão até perto da camada epithelial.

As cellulas, augmentando de numero vão pouco a pouco recalcando o tecido cellular até que este desapparece, assim como os vazos. Com os progressos do mal reapparece o tecido cellular não sómente na base, mas em toda a granulação.

Um tecido cellular ondulado e muito denso substitue as cellulas arredondadas : a granulação se transforma em tecido cicatricial, ella se cicatrisa (Wecker).

Excepcionalmente a granulação soffre a transformação caseosa (Wecker, Soemisch e Landolt).

Clinicamente podem-se dividir as granulações em tres classes. (Wecker, Landolt, Stellwag von Carion).

Observa com razão o professor Wecker que só a granulação verdadeira merece o nome de trachoma e que se a subdividimos em mixta e diffusa é sómente para attendermos aos elementos qne a ella se reunem e que além d'isso lhe são completamente estranhos.

As granulações são simples, mixtas e diffusas.

As granulações simples são caracterisadas pelo apparecimento na mucosa super-tarsiana de producções analogas á tapioca cozida.

É condição para que sejão assim denominadas que ellas não datem de muito tempo e que se apresentem pouco elevadas.

Ha casos, porém, em que ellas são antigas e muito elevadas. Tanto n'este como naquelle caso, existem apenas as granulações verdadeiras, que ainda não determinaram reacção inflammatoria, que possa chamar a attenção.

Quando ellas se acompanham de inflammação dão nascimento á variedade seguinte:

As granulações mixtas são uma combinação de granulações verdadeiras e de granulações vasculares (Stellwag von Carion).

Umas vezes as granulações são a principio simples e só depois quando ha reacção inflammatoria é que as papillas augmentam de volume.

Outras, as duas especies de granulações apparecem quasi que simultaneamente, porque o trachoma desde o seu começo, acompanha-se de uma inflammação que favorece o desenvolvimento das papillas.

As granulações simples não dão lugar ás mixtas quando ellas seguem a sua marcha, cicatrizam-se e desapparecem da mucosa, o que observa nos casos em que o trachoma apresenta-se invadindo uma certa região, depois outra, etc., que se desorganisam consecutivamente, não havendo occasião de manifestar-se irritação que concorra de alguma fórma para o apparecimento de um estado inflammatorio. (Wecker).

As granulações diffusas finalmente (trachoma diffuso de Stellwag von Carion) notam-se quando o tecido morbido se tem infiltrado na mucosa. Ha então uma verdadeira hyperplasia lymphoide (de Oettingen). O tecido da mucosa, comprehendendo o tarso parece-se a um sarcoma de pequenas cellulas, segundo a opinião de Poncet e Arlt.

A principio as granulações verdadeiras se distinguem das papillas hypertrophiadas pela sua côr mais clara (Wecker). Com os progressos da molestia, como farei sentir no lugar destinado ao diagnostico das granulações, sendo estas tambem infiltradas de elementos lymphoides, a distincção torna-se, não difficil, mas impossivel. N'estas condições nada nos poderá levar ao conhecimento da causa verdadeira que tem determinado este estado da conjun-

ctiva a não serem os commemorativos e sobretudo os phenomenos ulteriores de retracção (von Carion).

Recentemente Iwanoff descobriu na conjunctivite granulosa neoformações glandulares, que variam desde simples depressões superficiaes até glandulas tubulosas.

« Quando no Egypto, em 1876, teve Iwanoff occasião de observar 100 palpebras superiores, affectadas de trachoma, encontrando em 70 d'ellas, glandulas tubulosas em diversos gráus de desenvolvimento. O numero d'essas glandulas variava desde algumas duzias até muitas centenas em uma mesma palpebra. Em um primeiro grupo, ellas achavam-se sobretudo na parte posterior da conjunctiva, parallelamente a dobra de transição; em um outro a conjunctiva da palpebra superior apresentava-as em toda a sua extensão. Um tão grande numero d'estas glandulas exclue toda a duvida sobre a sua existencia nos casos pathologicos; sua constancia e seu maior desenvolvimento demonstram a importancia, sobre a vida das palpebras assim affectadas, d'este novo factor do processo trachomatoso, que não foi ainda assignalado por nenhum clinico ou anatomista.

« As glandulas encontradas na palpebra superior são as seguintes:

« 1.° Algumas são simples depressões superficiaes da conjunctiva, onde penetram todas as camadas epitheliaes d'esta membrana. As camadas superficiaes do epithelio cylindrico são muitas vezes modificadas, as cellulas são comprimidas e arredondadas: no seu interior acham-se grandes vesiculas, transparentes, que se reunem algumas vezes em uma vesicula mais volumosa, repellindo o nucleo e deixando o protoplasma de lado.

« Estas cellulas ovaes, em apparencia augmentadas, apresentam uma grande analogia com as cellulas em *gobelet* que foram descriptas com muito cuidado, na conjunctiva pelo Sr. Reich. O tecido d'esta é ligeiramente espesso e verdadeiramente infiltrado de cellulas. As glandulas são cercadas de uma rêde de capillares. Iwanoff encontrou-as em olhos sãos em apparencia, que tinham sido atacados talvez, durante a vida, de uma conjunctivite.

« 2.º As glandulas que se acham no trachoma são realmente distinctas das precedentes. São glandulas tubulosas, alongadas, revestidas de epithelio que se compõe, como o da conjunctiva anterior, de duas camadas de cellulas, uma de cellulas redondas e outras de cellulas cylindricas curvas superficialmente.

« A membrana basilar é sempre muito distincta. O conteudo das glandulas é formado de uma massa finamente granulosa, gordurosa com detrito de cellulas, analogas pelo aspecto ao das glandulas de Meibomius. A visinhança da maior parte d'estas glandulas é muito infiltrada de cellulas lymphoides, sobretudo perto do conducto excretor e no fundo da glandula. Estas glandulas se acham na camada sub-epithelial de nova formação da conjunctiva; sua espessura attinge algumas vezes a do tarso. Seu numero é variavel.

« Em alguns casos um córte vertical permitte que se conte até 20; outras vezes sómente 2 ou 3. N'estes ultimos casos ellas se acham disseminadas em toda a superfice da conjunctiva; quando seu numero é menos consideravel ellas são encontradas mais vezes na parte posterior da conjunctiva, ao lado da dobra de transicção.

« A superficie da conjunctiva tem a apparencia normal, apezar da presença d'estas glandulas; em córtes feitos nas palpebras, o epithelio cobre todos os seus conductos excretores. Só descobrindo a camada epithelial é que podemos descobrir esses meatos, debaixo da forma de pontas e algumas vezes de pequenas fendas. Encontram-se identicamente as mesmas glandulas na cornea affectada de pannus crassus; ellas se acham então na camada espessa de nova formação, entre o epithelio e a membrana de Bowman, o que prova que ellas se formam independentemente dos corpos papillares da conjunctiva.

« Segundo este facto, a supposição de que a formação d'estas glandulas provêm de glandulas preexistentes na conjunctiva normal (como alguns têm supposto e erradamente descripto) se acha igualmente refutada.

« Finalmente o apparecimento d'estas glandulas no pannus trachomatoso mostra sua dependencia intima ao processo trachomatoso.

« 3.º *Kistos de retenção.* — As glandulas descriptas sob o numero 2, apresentam a sua forma commum, tal como se encontram no começo de sua evolução. Mais tarde ellas mudam de forma, assim como o seu epithelio, de revestimento e seu conteudo. Já foi dito que a infiltração affecta de preferencia dous logares: a visinhança dos conductos excretores e o fundo da glandula. Em um estado mais avançado as cellulas que cercam os conductos efferentes se transformam em tecido cicatricial. Á medida que este tecido connectivo cicatricial se forma, os conductos efferentes são comprimidos de mais á mais, a secreção glandular é retida, se accumula e por conseguinte a glandula se distende e toma uma forma arredondada (kisto de retenção). N'estes casos, o diametro das glandulas attinge algumas vezes a $1^{mm},2$.

« A conjunctiva se acha então levantada por estes kistos. Finalmente isto acontece mais raramente do que se devia esperar em vista da formação consideravel do tecido cicatricial da conjunctiva. Quando se retira o epithelio, o conducto efferente estreitado se mostra sob a forma de um ponto que não é sempre central, mas algumas vezes collocado de lado. O conteudo experimenta toda a especie de mudança: ora conserva-se normal e é apenas augmentado; ora é mais liquido ou mais espesso.

« Algumas vezes elle é formado de granulos finos, collocados em camadas concentricas, offerecendo uma grande analogia com os corpusculos amyloides, sem entretanto apresentar a sua reacção. Quando a distensão é muito grande, o epithelio muda de forma e se transforma em epithelio pavimentoso de uma unica camada. Muitas vezes as glandulas tranformadas d'este modo são cercadas de uma rede vascular e muitas vezes tambem de uma infiltração densa de cellulas. Algumas são de tal forma englobadas n'esta infiltração, que ellas apresentam uma grande analogia com as granulações trachomatosas.

« 4.º *Glandulas agminadas.* — Algumas vezes encontram-se glandulas que communicam entre si. N'estes casos, do fundo da glandula, partem em diversas direcções, dous a tres canaliculos que fazem communicar a cavidade de muitas glandulas. D'este

modo, se forma uma rede de canaliculos revestidos de epithelio sob a face inferior do tarso. O que é preciso ainda notar, é que em alguns casos de desenvolvimento d'estas glandulas, sobretudo quando ha formação da rêde recentemente descripta, os lobulos das glandulas de Meibomius, dirigidos para a conjunctiva, são muitas vezes atrophiados; de sorte que as glandulas de Meibomius apresentam apenas um canal, sobre o qual não ha mais acini a não ser do lado da pelle, emquanto que os lobulos do lado da conjunctiva tem quasi completamente desapparecido. »

Como acabamos de vêr a existencia destas glandulas nas palpebras trachomatosas, e em numero não pequeno, apresentando-se em diversos estados de evolução, foi observada pelo professor Iwanoff. A ellas liga uma grande importancia, tão grande, que, comquanto declare no seu trabalho que reconhece o valor das granulações trachomatosas e não as confunde com as glandulas que acabam de ser descriptas, diz que aquellas apparecem, duram algum tempo e depois desapparecem, e que estas, as glandulas, uma vez desenvolvidas persistem de um modo tenaz e duravel e que talvez sejam a causa da longa duração do trachoma e das recahidas a que estão sujeitos os granulosos.

Pela sua evolução estas glandulas, transformam por assim dizer, segundo Iwanoff, a conjunctiva palpebral em um terreno trachomatoso.

O professor Warlomont e muitos outros aceitam as idéas de Iwanoff, sem modificação alguma quanto á existencia e ao valor d'estas glandulas.

Jacobson pretende demonstrar em um artigo, publicado nos *Archivos de Ophtalmologia*, que estas glandulas, além de não serem encontradas em 30 casos dos 100 observados por Iwanoff, está hoje demonstrado que ellas se apresentam em casos pathologicos differentes do trachoma.

Diz Jacobson: — Esta formação é uma complicação inconstante do processo granuloso e não tem significação alguma pathologica, pois são encontradas em processos neoplasicos mui diversos, inflammatorios ou não. Mais tarde estes prolongamentos epithe-

liaes podem soffrer uma degenerescencia cystoide, constituindo pequenos pontos amarellos visiveis á vista desarmada. Isto ainda uma vez, não é especial á conjunctivite granulosa, é sómente a expressão da marcha chronica do processo. É, pois, uma simples hypertrophia de formações preexistentes; não ha multiplicação verdadeira das glandulas ou dos sulcos normaes. Em casos raros a formação epithelial torna-se atypica; isto é: cylindros epitheliaes vizinhos se ligam lateralmente, e assim é constituida, seguindo a extensão da conjunctiva, uma rêde de cylindros epitheliaes; ainda uma vez não é uma formação caracteristica de um processo qualquer. —

A respeito da existencia d'estas glandulas, diz Sattler: — Não póde-se tratar de uma neoformação glandular: estas fórmas se deixam deduzir das depressões normaes, porém diversas da conjunctiva, sobretudo se reflectirmos sobre as differenças enormes de nivel que se produzem no curso do trachoma, especialmente na fórma papillar. —

Em um exame anatomico de um caso de catarrho follicular toxico, Horner de seu lado baseado n'esta observação, considera essas glandulas como sendo depressões passivas do epithelio entre os folliculos proeminentes.

De que lado está a razão?

Qual a opinião que devemos aceitar, a de Iwanoff ou a de Sattler, Horner e Jacobson? Meros expectadores d'esta lucta entre homens praticos no manejo do microscopio, esperemos que a luz se faça n'esta questão ainda muito obscura.

ETIOLOGIA

Esta affecção, segundo Wecker e Landolt, observa-se mais commummente no adulto.

A estatistica de Soemisch indica de 1 a 10 annos, 6,9 por 100; de 10 a a 20 annos, 39,5 por 100; de 20 a 35 annos, 44,4 por 100; e além de 35 annos, sómente 9,1 por 100.

Os pobres pagam maior tributo ao trachoma, assim o affirma Wecker, que diz que em sua clinica a mais aristocratica de Pariz o numero dos granulosos varía de 2 a 3 por 100 e esses mesmos vêm do Oriente, emquanto que Soemisch accusa 15,9 por 100 em sua clinica de Bonn.

São elles, pois, que vivendo em pessimas condições hygienicas, a residencia em um ar viciado, a alimentação insufficiente, a falta de asseio, etc., são mais sujeitos a contrahir o trachoma.

Eis o que diz Blumberg: — Vê-se o trachoma tomar um grande desenvolvimento nos individuos que em suas habitações respiram o pó, fumaça, emanações excrementicias. Nas provincias balticas da Russia, habitadas pelos Esthenianos e os Lethões, as casas dos camponezes são quasi sempre cheias de fumaça, por causa do defeito das chaminés, e, como são obrigados a passar todo o inverno em suas casas, onde o ar é carregado de pó, proveniente da debulha dos grãos e viciado pela presença de animaes domesticos que n'ellas abrigam-se quando o frio é por demais intenso, não faltam condições nocivas para irritar a conjunctiva. Em parte alguma encontra-se, nem uma tão grande propagação do trachoma, nem fórmas tão salientes d'essas asperesas do que n'essas populações dos campos. —

As diatheses, principalmente a tuberculosa e a escropkulosa, representam, para Arlt um grande papel. Gulz, entre outros, porém, tem observado muitos granulosos que não apresentam symptoma algum, nem de escrophula, nem de tuberculos.

Não são de pequena importancia as condições telluricas. Assim vê-se que as granulações são frequentes no Oriente, onde reina a febre intermittente (Gayat), principalmente nas embocaduras do Nilo, e na Europa, nas embocaduras do Rheno e nas provincias balticas da Russia, tendo, pois, muita predilecção pelos logares humidos e baixos.

Segundo Wecker e Landolt ellas são raras e mesmo desapparecem em uma certa altitude.

Tanto isto é verdade que o trachoma é desconhecido na Suissa.

Este facto tem uma grande importancia, porque vem em apoio da origem parasitaria d'esta affecção (Terrier), já hoje admittida por muitos.

Já Warlomont dizia: — Disposição alguma do organismo, nenhuma das condições ordinarias das ophtalmias conjunctivaes tomadas isoladamente póde crear a conjunctivite granulosa. Condições individuaes, de constituição, de logar, de meios podem apenas ser causas predisponentes ; mas para dar logar ao seu apparecimento, é indispensavel a intervenção directa ou indirecta do principio activo (do microbio ?) —

Uns reconhecem a natureza exotica da trachoma, que dizem ser originario do Oriente; outros affirmam que elle póde nascer espontaneamente. A primeira opinião é admittida por Hairion (de Louvain), que baseia-se nos seguintes dados, colhidos por nós no seu artigo publicado nos *Annaes d'Oculistica :*

1.° — A ophtalmia egypciaca era desconhecida na Europa até antes da volta, do Egypto, dos exercitos francez e inglez. —

Nas obras de Plemphius, Guillemeau, Maitre Jan, Deshaies, Gendron, Guerin, Plenk, etc., encontram-se descripções de algumas affecções da conjunctiva sob o nome de trachoma, consideradas, como molestias simples, sem gravidade e esporadicas. No

seculo ultimo appareceram descripções de ophtalmias contagiosas, epidemicas, as quaes, dizem Hairion e Warlomont, appareciam e desappareciam com as causas que tinham dado a sua invasão e que não apresentavam o caracter destruidor do trachoma.

2.° — Ella é a mesma que reina endemicamente no Egypto. —

Anagnostakis que conhecia a ophtalmia dos exercitos por têl-a estudado na Allemanha e a do Egypto por têl-a visto no Cairo, assegura que estas duas molestias são inteiramente identicas, quanto á sua natureza e á sua marcha.

Mannhardt, que exerceu a clinica em Constantinopla, é da mesma opinião de Anagnostakis.

3.° — Ella era desconhecida dos exercitos francez e inglez antes de sua ida para o Egypto. —

Dos trabalhos de Larrey, de Briggs, Power, Farell, Samuel Cooper, Adams, etc., conclue-se que as ophtalmias endemicas eram desconhecidas n'essa epocha nos dous exercitos.

4.° — Com a volta á Europa dos destroços dos dous exercitos, coincidiu o apparecimento de endemias de ophtalmias nos exercitos francez e inglez e successivamente em todos os exercitos da Europa. Dos exercitos a ophtalmia granulosa passou ás populações civis, onde se encontra muito espalhada. —

Os trabalhos de Kluyskeus e Decondé, que entregaram-se ás pesquizas historicas minuciosas, provam a verdade d'esta asserção.

Ainda mais, Staker que clinicou em Strasbourg, affirma que antes de 1851 nunca observou casos de trachoma. Conhecia-o de Vienna quando ahi esteve em 1827.

Depois de 25 annos de clinica, sendo esta numerosissima, foi que apresentou-se-lhe um granuloso em um hospital. Após este, seguiram se outros casos, e em breve em quasi todos os estabelecimentos de educação e instituições pias appareceram as granulações debaixo da fórma epidemica, e hoje reinam endemicamente na população civil. Diz Stacker, que a criança que importou o trachoma não poude ser seguida, mas o que é certo, é, que, durante algum tempo todos os individuos atacados referiam que

haviam contrahido esta affecção de outros, que por sua vez tinham estado em hospitaes ou logares em que grassava ou grassara a conjunctivite granulosa.

Importada do Egypto ou nascida espontaneamente a ophtalmia se propaga com uma grande rapidez. N'isso todos os ophtalmologistas estão de acôrdo.

Quaes são as causas d'essa propagação ?

Que ella é contagiosa provam exhuberantemente os factos observados e devidamente apreciados.

O contagio póde se effectuar pelo ar athmospherico, por infecção ?

Pode-se responder pela affirmativa para explicar o modo rapido pelo qual se propaga esta affecção, mesmo nos casos em que o contacto directo não poude ter logar.

O germen contagioso da ophtalmia granulosa será um parasita ?

Sattler diz que sim em trabalhos seus apresentados ao congresso ophalmologico que teve logar em Heidelberg.

Do resumo d'esses trabalhos, feitos pelos redactores dos *Annaes d'occulistica*, aproveitamos a parte que diz respeito ao nosso ponto e a transcrevemos em seguida.

— Um grão trachomatoso transportado sobre um vidro porta-objecto de microscopio nos mostra uma rêde mais ou menos fornecida de capillares, de paredes delicadas e uma grande quantidade de nucleos arredondados ou ovalares, que no estado fresco são homogeneos, fracamente opacos e de contornos visiveis.

Estes nucleos são incluidos em uma substancia pallida, finamente granulada na qual encontram-se alguns granulos de côr escura. Afora as capillares de que acima fallamos não se vê substancia alguma de apoio.

Um corpo cellular peri-nuclear não existe aqui como é o caso para as cellulas lymphoides. A dissociação de um gráo especifico tratado pelo acido chromico a 0,1 % nos mostra que a substancia finamente granulada que cerca os nucleos apparece agora sob a fórma de prolongamentos finos e curtos anastomosados e fixos sobre os nucleos.

Prova-se igualmente a existencia de um fim reticulum que não está em relação organica com os nucleos em questão e que a ausencia de nucleos proprios differencia do reticulum das glandulas lymphaticas e da substancia adenoide da conjunctiva.

O autor confirma aqui com Haab e outros os dados de Neisser sobre a existencia de micrococus nas secreções da conjunctivite trachomatosa.

Muito semelhantes ao micrococus da blenorrhagia, os do trachoma tem uma fórma invariavelmente circular. Raramente se os encontra isolados nas secreções, as mais das vezes são reunidos por pares, os elementos sendo isolados a uma certa distancia uns dos outros. Mais frequentemente estes micro-organismos são reunidos por 3, 4, affectando então disposição segundo os angulos de um triangulo; o grupo é cercado de um fóco claro.

Este grupamento é caracteristico para o trachoma e a blenorrhéa dos recem-nascidos. Nunca presenciamos uma disposição em cadeia.

Os grupos de 3 a 4 elementos executam movimentos, o deslocamento sendo mais rapido em um dos angulos ou lado do triangulo ou rectangulo. Estas ultimas fórmas podem se aggregar em 2, 3 ou muitas, porém sem fórmar verdadeiras massas ou zoogleas. Ellas podem adherir a superficie das cellulas epitheliaes ou das cellulas de pús, penetrar em seu interior ou se fixar sobre pequenas massas arredondadas que são talvez destroços de nucleos.

O autor pôde transferir o trachoma ao homem, não aos animaes, inoculando na conjunctiva, o producto de uma cultura de micrococus já por duas vezes transportadas em um liquido esteril.

De que o trachoma é uma molestia infecciosa local, de que os micrococus em questão são o vehiculo, talvez tambem os geradores da substancia infectante e de que pelo seu processo vital elles influem evidentemente sobre o caracter da molestia, não se póde localisar seu verdadeiro ponto de morada e de apparecimento, nem na secreção da mucosa, nem no epithelio, porém antes no proprio tecido conjunctivo.

O trachoma parece, *a priori*, se prestar para a prova d'este facto se admittirmos que a conjunctiva traz um producto especifico

Sattler excisou em um caso de trachoma evoluido, a unica granulação neoplasica ainda existente, depois de ter procedido a uma lavagem anti-sceptica da conjunctiva.

O conteúdo do grão trachomatoso, tendo sido transportado, com toda a precaução exigida, para o fundo do sacco conjunctival de um individuo apropriado, elle vio, no fim de algum tempo, 7 dias, apparecerem todos os symptomas da molestia.

Importava elucidar tres pontos principaes da questão actual.

1.° O micrococus da secreção conjunctival fará parte constante da granulação trachomatosa?

2.° Póde-se cultivar, desenvolver o micro-organismo em liquidos nutritivos apropriados?

3.° Póde-se com estes ultimos reproduzir a molestia?

Foram estas questões resolvidas affirmativamente.

O elemento parasitario, com effeito, se encontra nos córtes histologicos das granulações, ou em seu conteúdo; elle adhere aos nucleos precedentemente descriptos ou mais raramente, se acha nos espaços inter-nucleolar.

Sobre as preparações não coradas, os micrococus representam os granulos de que já fallámos mais acima.

Quanto á cultura dos micrococus, ella dá bons resultados, quando se introduz com as precauções desejaveis, o conteúdo de um grão, em uma solução de assucar com extracto de carne ou em uma geléa muito fluida de Ichtyocolle. Vê-se então os granulos ou grupos de granulos se destacar da massa finamente granulada que os encerrava, começar seus movimentos molleculares, formar grupos novos e na temperatura de um apparelho de incubação experimentar uma multiplicação evidente.

Emfim, uma inoculação com uma cultura avançada dá bons resultados então quando as inoculações anteriores têm sido mal succedidas. —

SYMPTOMATOLOGIA

Sobre a symptomatologia funccional os autores divergem, estão separados e em campos distinctos.

Uns admittem que a conjunctivite granulosa póde affectar duas fórmas, das quaes uma é aguda e outra chronica.

Os que adoptam esta opinião são Von Graefe e seus discipulos, entre os quaes notam-se Abadie e Soemisch.

Estes ultimos dizem que as granulações desde o seu começo podem determinar accidentes agudos e que esta conjunctivite granulosa aguda seria muito analoga á conjunctivite catharral aguda, ou antes á conjunctivite folliculosa aguda.

Abadie affirma mesmo que ella póde apresentar o caracter e a gravidade da conjunctivite purulenta aguda.

Outros, porém, Wecker, Landolt affirmam ao contrario, que as granulações verdadeiras têm uma marcha essencialmente chronica e que apparecem e se desenvolvem silenciosamente. Convém notar que estas granulações apresentam de tempos a tempos reacções inflammatorias, facto sobre o qual os ophtalmologistas estão de accordo.

Podemos assegurar que nunca vimos um accesso agudo de granulações, deixando, depois do desapparecimento do estado inflammatorio, uma superficie eriçada de verdadeiras granulações nascentes e adquirindo pouco a pouco o caracter do trachoma. (Wecker e Landolt).

As granulações podem apparecer na mucosa conjunctival, e adquirir um certo desenvolvimento sem que provoquem reacção inflammatoria.

N'estas condições, não havendo injecção visivel na conjunctiva bulbar, apenas se faz notar uma ligeira secreção, e isto mesmo quando as palpebras conservão-se fechadas por algum tempo.

O que á inspecção externa dá o grito de alarma, são estes dous symptomas: um ligeiro ptosis, ou antes uma paresia da palpebra superior e uma falta de coaptação da inferior sobre o globo do olho, de modo a deixar entre o bordo livre e a conjunctiva bulbar uma camada de liquido que contém um ou alguns filamentos de mucosidades (Wecker). Assim os granulosos, em virtude de paresia da palpebra superior, quando querem ver um objecto collocado diante d'elles, são obrigados a levantar a cabeça para dirigir os olhos na direcção do objecto. Ás vezes, para abrir os olhos, elles levantam com os dedos as palpebras.

Se descobrirmos a mucosa, encontral-a-hemos coberta de granulações, além de um ligeiro edema. Estas pequenas elevações são reconhecidas pelos caracteres que lhes são proprios, e cuja descripção será dada no lugar competente.

Quando o doente recorre ao medico, as granulações têm chegado a um desenvolvimento mais ou menos adiantado, e a conjunctiva já se tem vascularisado até o limbo conjunctival.

Do limbo conjunctival partem vasos que se dirigem para a córnea, onde elles se distribuem sob a camada epithelial, para formar uma das complicações necessarias da trachoma, o pannus mais ou menos generalisado, porém sempre circumscripto, no começo, á metade superior da córnea.

O doente queixa-se de uma sensação de peso, de ardor, durante as primeiras horas do dia.

Quando os granulosos têm as palpebras muito frouxas, a molestia póde existir ha muito tempo, sem dar o menor signal de si. As granulações attingem mesmo a sua transformação ultima, isto é a phase cicatricial, sem chamar a attenção.

É sómente quando a cornea é affectada, quer de ulceras, quer de abcessos que o doente consulta ao pratico. Este deve ter o maximo cuidado de examinar as palpebras, porque muitas vezes,

estas complicações podem desviar a attenção do medico, fazendo esquecer a molestia primitiva.

Até agora temos apenas apresentado os casos em que o trachoma se desenvolve sem provocar reacção inflammatoria.

Agora diremos que a marcha d'esta molestia póde ser interrompida por phenomenos inflammatorios.

Estes dão logar a um desenvolvimento do corpo papillar, que póde difficultar o diagnostico d'esta affecção.

As vezes as granulações não guardam entre si uma certa disposição quanto ao modo por que apparecem e se desenvolvem.

Nota-se primeiramente na conjunctiva um certo numero de granulações que já estão em estado adiantado de sua evolução e que têm produzido, mesmo em virtude de sua cicatrisação, deformações do tarso, trazendo serias consequencias.

Dá-se, então, na mucosa uma nova invasão de granulações, que, acompanhando-se, algumas vezes, de uma purulencia passageira, vem complicar o estado da mucosa e fazer soffrer o doente.

Como já dissemos, a marcha de conjunctivite granulosa é pois, chronica.

Esta marcha chronica póde ser interrompida pelo apparecimento de inflammações, que dão logar a uma secreção muco purulenta ou mesmo purulenta, que concorrerá para a cura espontanea das granulações: (Wecker Desmarres).

Quando abandonadas e sem tratamento, ellas desapparecem difficilmente.

Com os progressos, porém, da molestia, quando esta terminação favoravel de que acima fallámos não se dá, vê-se que ella continua a sua marcha destruidora, cercando-se de complicações, muitas vezes observadas e que podem trazer a perda da visão.

É d'estas complicações que trataremos em seguida.

COMPLICAÇÕES

Iriamos muito longe se descrevessemos desenvolvidamente todas as complicações que tem sido observadas, durante o curso do trachoma.

O nosso fim, porém, é sómente dar um breve resumo das affecções, das quaes mais communmente são victimas os granulosos.

Como é sabido, as granulações desapparecendo, deixam em seu logar um tecido cicatricial que as substitue definitivamente, e estas cicatrisações prejudicam consideravelmente o tarso.

Em virtude das alterações desta cartilagem o bordo livre das palpebras tambem se modifica. Ha um verdadeiro entropion que consiste na inversão para dentro, do bordo palpebral que fica assim olhando para o globo ocular. Quando não ha ainda entropion bem pronunciado, nota-se uma irregularidade na direcção dos cilios

Estes voltados para dentro, determinam, assim como o entropion, a photophabia, o lacrymejamento e o blepharospasmo.

Além d'isso a irritação a que dão logar, irritação de que é a sede o globo ocular, concorrerá para o desenvolvimento de uma keratite vascular. O pannus assim constituido não reconhece, como causa, sómente as que venho de expôr.

Antes mesmo, que o entropion e trichiasis se tenham manifestado o pannus póde existir e cobrir o segmento superior da cornea, disposição esta que é caracteristica d'esta affecção.

N'estas condições elle se desenvolve em virtude da irritação da cornea pelas granulações mais ou menos rugosas.

Das complicações, a mais commummente observada é o pannus, seguindo-se-lhe os abcessos e as ulceras, da cornea, o albugo e o leucoma.

Ellas apparecem, quando o tratamento tem sido mal dirigido ou pela neglicencia dos doentes.

Keratite vascular pannosa ou pannus. — Já fizemos notar que o pannus limita-se a principio ao segmento superior da cornea.

Elle principia pela peripheria d'esta membrana em geral e tem sido dividido em pannus ternuis e pannus crassus.

O primeiro é precedido por um levantamento da conjunctiva bulbar. D'ahi os vasos se dirigem para a cornea. Os vasos são calibrosos, têm uma direcção cheia de tortuosidades e se subdividem de tal forma que no fim de algum tempo apresentam um entrelaçamento tão delicado que tornam-se invisiveis.

Entre esses vasos mais ou menos abundantes notam-se pequenas opacidades, circumscriptas ou diffusas e mesmo ulcerações (Abadie).

Quando os vasos são pouco abundantes a cornea offerece uma côr cinzenta mais ou menos corada em vermelho e fica ainda bastante transparente para deixar vêr a pupilla e a iris. É a este estado da cornea que os autores dão o nome de pannus tenuis. O epithelio da cornea resente-se afinal e dá logar ao apparecimento de superficies irregulares, perturbando consideravelmente a visão e criando um astigmatismo.

Si os vasos são muito desenvolvidos, a cornea opaca, perdida a sua transparencia, parecendo coberta de botões carnosos, o pannus se denomina — crassus, sarcomatoso.

Estes phenomenos anatomicos pódem se acompanhar de photophobia, lacrymejamento, blepharospasmo, e dores ciliares vivas.

A molestia tende a desenvolver-se tanto em superficie, como em profundidade.

As complicações, ás quaes, por sua vez, dá lugar o pannus, quando elle tem durado muito tempo, são numerosas.

É assim que pódem sobrevir iritis, irido-choroidite, e glaucoma.

Outras vezes a cornea suppura e se perfura, dando lugar a hernia da iris. Tem sido observados, o staphyloma, o amollecimento da cornea e atrophia d'esta membrana.

Cita-se ainda o strabismo (Panas).

O pannus tenuis póde desapparecer sem deixar traços: o pannus sarcomatoso, por causa do tecido cellular que envolve os vasos e que se organisa é muito rebelde aos meios therapeuticos.

Para explicar o apparecimento do pannus dizem alguns autores que ha uma relação intima entre o desenvolvimento das granulações conjunctivaes e o dos vasos corneanos.

Abcessos da cornea.—Estes pódem desenvolver-se quer exista pannus, quer não. Muitas vezes apparecem na peripheria ou mesmo no centro da cornea um ou mais pontos cinzentos.

Segundo Arlt elles se cercam de uma parte pontilhada e branca,

ao mesmo tempo que o seu centro torna-se amarello. Fórma-se um abcesso.

Estes são ora, circumscriptos, ora diffusos, ora arredondados e em fórma de crescente.

A séde d'estes abcessos, por meio de um exame cuidadoso, consegue-se bem determinar.

Elles pódem estar mais approximados, quer da parte anterior, quer da parte posterior da cornea. No primeiro caso, abrindo-se, lançam para o exterior o seu conteudo, dando lugar a uma ulceração que se cicatrisa ou determina a perfuração da cornea e hernia consecutiva da iris.

No segundo caso a ruptura do abcesso se faz para a camara anterior, segundo alguns autores. O pus derramado na camara anterior póde ahi ser absorvido. Não o sendo abre caminho para fóra, perfurando a cornea no seu ponto o mais declive.

O abcesso bem desenvolvido poderia se reabsorver pouco a pouco, deixando uma ligeira opacidade em seu lugar (Abadie).

Quando a massa purulenta é diffusa tem sido observado o amollecimento da cornea.

Quando fallamos no hypopion dissemos que nem todos os ophtalmologistas pensavam do mesmo modo quanto a sua causa.

A opinião citada por nós é partilhada por Mackensie, Weber, etc. Arlt e outros acreditam que elle seja determinado por decemetite ou iritis. Horner por sua vez, apoiando-se nos trabalhos de Conheim sobre a inflammação, diz que são as cellulas lymphoides que se depositam no humor aquoso atravessando a lamina posterior e o epithelio. As cellulas emigram quer do canal de Sclemn, quer dos vasos irianos (Stromeyer).

Os abcessos determinam lacrymejamento photophobia, blephasospasmo e dôres ciliares em alguns casos; e em outros estes symptomas são quasi nullos.

Ulceras da cornea.—As ulceras da cornea pódem desenvolver-se como accidente inicial ou como complicação de um abcesso, durante o curso de uma conjunctivite granulosa.

Como os abcessos ellas pódem ter uma marcha aguda e

chronica. No primeiro caso os phenomenos de ulceração são acompanhados de lacrymejamento, photophobia, dôres ciliares. No segundo elles pódem faltar completamente ou apresentar se com intensidade menor.

As ulceras são superficiaes ou profundas.

Aquellas são as menos graves, porque cicatrisando se, são substituidas por opacidades mais ou menos sensiveis. Com a marcha do processo ulcerativo, porém, as ulceras pódem chegar até a membrana de Decemet tornando-se portanto profundas. Estas, quando a membrana de Decemet não fôr compromettida, dão lugar a hernia desta membrana impellida pela tensão ocular.

Desde que esta seja perfurada, ha hermia da iris, uma fistula persistente ou não, synechias irianas, staphyloma, etc., e com a perda de humor aquoso, diminuindo a tensão ocular, luxação do cristalino, descollamento da retina.

As ulceras, como muitas vezes succede, desapparecem sem deixar signaes de sua passagem. Ainda mais, nos casos mais graves, como quando ha perfuração da cornea e que esta é linear esta membrana fica completamente curada e nada indica que ella soffreu uma perfuração.

Outras vezes deixam em seu lugar opacidades e o mesmo se dá com as outras complicações já mencionadas do trachoma.

Opacidades da cornea.— As opacidades da cornea tem por causa as alterações persistentes do tecido que sobrevem depois das inflammações d'esta membrana.

Ellas são geralmente divididas em 3 classes, segundo a sua maior ou menor espessura. Assim parecendo-se a uma nuvem, a opacidade denomina-se nubicula ou nephelion, seguindo-se-lhe o albugo e finalmente o leucoma que é a mais espessa das opacidades.

Quando as manchas são espessas e apresentam-se na peripheria em nada perturbam a visão. O mesmo, porém, não se dá, quando ellas occupam o campo pupillar porque determinam a perda da vista si forem vastas. Si pelo contrario forem pequenas, a visão póde ser recuperada, fazendo-se a pupilla artificial.

Nos casos de opacidade incompleta, como sejam de nephelion

e albugo, ha phenomenos de dispersão e diffracção que se passam em suas superficies e d'ahi formação de imagens mal definidas que embaraçam aos doentes (Donders).

Estas opacidades são acompanhadas muitas vezes de alterações na curvadura da cornea dando lugar a um astigmatismo.

Certos doentes, affectados de manchas superficiaes e transparentes, são obrigados, para terem uma visão mais perfeita dos objectos, a approximal-os muito dos olhos, o que provoca um esforço de accommodação que dá lugar ao alongamento do eixo antero posterior do olho e portanto á myopia.

Esses embaraços á visão determinam o apparecimento do strabismo e nystagmus.

Para fazer desapparecer o leucoma emprega-se com muito proveito a tatouage.

Esta operação praticada pelos antigos (Anagnostakis) foi de novo utilisada por Abadie e Wecker. Ella consiste em fazer penetrar no tecido opaco da cornea uma substancia corante negra (tinta da china), de maneira a fazer desapparecer a deformidade ou ao menos tornal-a supportavel. Mas é preciso accrescentar que esta operação, que deve ser repetida um certo numero de vezes, póde determinar accidentes serios, devidos a irritação dos nervos da cornea (Rava, Reussis, Panas, Giraud Teulon, e Terrier).

Concorrendo para aggravar o estado granuloso da conjunctiva entram com uma parte bem saliente as alterações que se notam para o lado das vias lacrymaes.

O tecido neoplasico póde desenvolver-se na mucosa do conducto lacrymal ou mesmo perto d'elle, sobre a dobra semi-lunar.

Comprehende-se que a existencia de granulações n'estas partes desviam certamente o curso das lagrymas, que continuam a ser secretadas regularmente, e faz com que ellas se accumulem nos olhos entre as palpebras e o globo ocular. Do mesmo modo a formação de cicatrizes em virtude do desapparecimento das granulações, assestadas na mucosa, mudando de posição os pontos lacrymaes, contribue para este accumulo de lagrymas.

Estas aggravam consideravelmente as lesões corneanas, inter-

rompendo, com as inflammações que ellas provocam, a marcha da affecção.

O BLEPHAROSPASMO convém tambem ser considerado como uma das complicações da molestia de que nos occupamos.

Por blepharospasmos comprehende-se geralmente a occlusão espasmodica da fenda palpebral, quer appareça sómente de uma fórma intermittente, quer se estabeleça de uma maneira continua.

Este espasmo persistente do musculo orbicular é ás vezes de uma gravidade maior do que a da affecção primitiva.

O apparecimento d'este phenomeno tem por causa uma origem reflexa.

A irritação dos nervos sensitivos é o seu ponto de partida, tendo como intermediario da contracção espasmodica o nervo trigemeo. A inflammação da conjunctiva é que irrita as extremidades periphericas dos nervos sensitivos. Quando esta é acompanhada de ulcerações duas serão as causas que determinam o espasmo. Alguns autores pensam que n'estas circumstancias a congestão da retina é que deve ser antes a causa do espasmo.

Os doentes fecham as palpebras instinctivamente para evitar uma grande quantidade de luz sobre a retina congesta. Contrariamente a esta ultima opinião diremos o seguinte: Observa-se frequentemente que o blepharospasmo se conserva com toda a sua violencia na obscuridade completa em certos doentes e que em outros a ausencia de luz diminue apenas a força e a frequencia das contracções do orbicular (Wecker).

Li algures que póde-se attribuir erradamente ao blepharospasmo, um cortejo de symptomas de um verdadeiro processo glaucomatoso, durante o curso do trachoma.

Ao lado do blepharospasmo póde ser collocada uma outra complicação, o blepharophimosis.

O BLEPHAROPHIMOSIS. — Este póde já existir naturalmente ou ser determinado pelas cicatrizes deixadas pelas granulações.

O blepharophimosis é em primeiro logar um obstaculo á cura das granulações.

As cauterisações não pódem ser feitas com as necessarias

exigencias, porque nem todo o tecido invadido pelo neoplasma soffrerá a acção dos causticos em virtude d'este obstaculo, que impede que as palpebras sejam voltadas convenientemente, pondo a descoberto assim toda a mucosa.

Em segundo logar pelo traumatismo de que é séde a cornea, em virtude dos movimentos da palpebra sobre esta membrana. Este traumatismo póde dar logar ao apparecimento das complicações corneanas, nos casos de trachoma e quando ellas existam, contribuir para a aggravação do mal.

Com o desapparecimento do tecido neoplasico as cicatrizes apoderam-se de quasi toda a mucosa, produzindo uma xerosis. Si as complicações corneanas não tem cedido, ellas serão entretidas por este estado da conjunctiva.

DIAGNOSTICO

Apresentando-se-nos uma conjunctiva coberta de granulações quaes os dados differenciaes de que podemos lançar mão para affirmar que se trata ou não do trachoma?

É d'elles, pois, que nos vamos occupar.

Para melhor methodo na exposição compararemos o trachoma ás granulações devidas a hypertrophias das papillas e depois ás folliculosas ou vesiculosas.

Da estructura anatomica já tivemos occasião de fallar quando tratamos em particular de cada uma das especies de granulações. Nada diremos, portanto.

As verdadeiras granulações se apresentam debaixo da fórma de pequenos tumores ou elevações arredondadas, semi-esphericas e de base larga; as papillas hypertrophiadas são saliencias susceptiveis de adquirir algumas vezes um volume consideravel e apresentam um comprimento maior que a largura.

As granulações verdadeiras differem das papillares por serem estas caracterisadas por uma côr vermelha mais ou menos pronunciada e devida á grande quantidade de vasos que ellas encerram. Esta côr, porém, póde desapparecer e ser substituida por uma coloração que se approxima de cinzenta. N'estas condições as granulações papillares ainda se distinguem das verdadeiras por não adquirir esta diaphaneidade peculiar ás granulações pallidas.

As papillas hypertrophiadas pódem apresentar-se em toda a extensão da conjunctiva palpebral, principalmente entre o bordo adherente da cartilagem tarsa e o fundo do sacco conjunctival e sobretudo nos angulos dos olhos.

As granulações verdadeiras se desenvolvem em toda a superficie da mucosa, tanto palpebral como bulbar. A sua presença no globo ocular e no limbo conjunctival é um dado importante para estabelecer o diagnostico d'estas duas especies de granulações, porque n'estas partes não existem papillas que se possam hypertrophiar. A conjunctiva na qual encontram-se as papillas hypertrophiadas tem um aspecto villoso e tomentoso.

As granulações folliculosas affectam a maior parte das vezes uma fórma ovalar e a do trachoma como já disse é arredondada.

A saliencia folliculosa se faz de um modo menos abrupto (Wecker e Landolt). Contrariamente, as granulações verdadeiras que pódem attingir um maior desenvolvimento, deixam entre si sulcos profundos.

Os folliculos apresentam uma côr cinzenta que póde ser amarellada ou rosea e são semi-transparentes. Esta coloração é tambem commum ás verdadeiras granulações. N'estas é mais commum a côr cinzenta rosea e nas folliculosas a cinzenta amarellada. O trachoma, ás vezes, attingindo um grande desenvolvimento, torna-se muito transparente, porém ainda assim nunca adquire a transparencia que se observa nos folliculos. As granulações verdadeiras são sempre mais ou menos opacas, mas nunca tão diaphanas como os folliculosos (Wecker, Landolt, Galezowski).

Tanto o trachoma como as elevações folliculosas podem occupar os mesmos pontos da conjunctiva desde o bordo adherente ao fundo do sacco conjunctival. O primeiro tem a sua séde mais commummente no tarso da palpebra superior e sobretudo no bordo adherente e no fundo de sacco. A maior parte dos ophtalmologistas está de accôrdo dizendo que as granulações folliculosas se observam sobretudo no fundo de sacco superior e na conjunctiva tarsiana inferior.

Um signal de importancia que distingue estas duas especies de elevações conjunctivaes: é a disposição que ellas podem tomar na mucosa. Assim as folliculosas são distribuidas em series lineares, o que poucas vezes se dá com o trachoma que apresenta-se em grupos isolados.

Finalmente a natureza neoplasica do trachoma lhe permitte existir onde não houver nem folliculos, nem glandulas, isto é, sobre a superficie epithelial da cornea.

Quando as granulações folliculosas adquirem um grande volume e se confundem com as verdadeiras, o estado da mucosa póde auxiliar-nos como um meio de diagnostico. Neste caso a conjunctiva estará mais ou menos intacta, salva a presença das granulações folliculosas.

Se se tratasse do trachoma, com o desenvolvimento de que acima fallei, o estado da mucosa seria outro. Além do tecido neoplasico a mucosa estaria edemaciada e as pupillas se hypertrophiariam.

Onde existem numerosas granulações verdadeiras se encontram tambem papillas hypertrophiadas.

Granulações folliculosas muito numerosas e desenvolvidas podem deixar a conjunctiva apenas edemaciada, sem crescimento de papillas, salvo um accidente inflammatorio que dê esse resultado (Wecker).

Os caracteres differenciaes que vimos de expôr são muitas vezes inuteis, porque se confundem e acontece que as granulações neoplasicas dosapparecem abafadas pelas papillas hypertrophiadas e infiltradas de productos neoplasicos.

O exame microscopico permitte ainda que se reconheça a presença de uma membrana envolvente nos folliculos e que não se nota no trachoma.

Segundo Galezowski para reconhecer-se a natureza das granulações é necessario recorrer a certos symptomas tirados da marcha da molestia e de suas complicações.

Os signaes clinicos que diz serem verdadeiramente caracteristicos, são os seguintes, citados por elle :

1.° — O mais importante destes signaes é a keratite granulosa. Esta keratite constitue um signal pathognomonico das granulações verdadairas. Elle tem grande valor porque se desenvolve nos primeiros periodos da molestia e por ser facilmente reconhecido.

2.° — Um signal não menos caracteristico se tira das cicatrizes que apresenta a conjunctiva. Estas cicatrizes apresentam-se debaixo da fórma de series lineares, brancas, sobretudo apreciaveis nos lugares em que as granulações foram mais abundantes, isto é, sobre a conjunctiva palpebral superior. Ellas constituem para o diagnostico um symptoma de primeira ordem.

3.° — A deformação do tarso em um periodo mais avançado da molestia, acaba de confirmar o diagnostico, produzindo o ectropion, o trichiasis, districhiasis e o estreitamento da fenda palpebral.

4.° — São estes os signaes mais importantes; porém o aspecto geral da conjunctiva apresenta tambem um certo interesse. É assim que no processo granuloso a mucosa sempre injectada e infiltrada perde a sua transparencia e não deixa ver nem as glandulas de Meibomius, nem a coloração branca dos tarsos.

5.° — O trachoma é quasi sempre binocular, na maioria dos casos, e o estado da mucosa do olho em que as lesões estão mais avançadas, póde singularmente esclarecer o diagnostico das alterações do outro olho.

Com a clareza que nos foi possivel exprimir na confecção deste capitulo, tentamos desenvolver os meios de diagnostico das granulações.

Teriamos attingido a meta desejada?

Cremos que sim, se esta opinião, que é a de Wecker, é a unica verdadeira. E' preciso, porém, notar que os dados que apresentamos são de um valor precioso em mãos de praticos experimentados. Os medicos inexperientes, pouco affeitos a observar e examinar conjunctivas granuladas, achar-se-hão embaraçadissimos, quando diante de uma conjunctiva coberta de elevações, tiverem de pronunciar-se por uma das especies de granulações.

TRATAMENTO

É esta uma das partes mais importantes do nosso trabalho.

Difficil é o tratamento das granulações, principalmente quando ellas são acompanhadas de outras não menos graves affecções oculares, que não são mais, do que complicações da molestia primitiva.

Podemos dividir o tratamento em duas grandes classes: o tratamento geral e o tratamento local.

TRATAMENTO GERAL

Arlt e, com elle, todos os que se têm occupado d'este assumpto, estão de acôrdo, quando aconselham que se levante o moral do doente. De facto, quando os granulosos recorrem aos praticos, reclamando os seus soccorros, estão pela mór parte em estado adiantado de molestia, ou então tendo experimentado differentes tratamentos e por muito tempo, quer obtendo melhoras passageiras, quer nada experimentando que annuncie uma terminação favoravel de sua enfermidade, comprehende-se que elles se acham em condições especiaes.

A longa duração do tratamento e mais ainda as recahidas constantes, tornam os doentes tristes e abatidos.

Convém, portanto, fazer-lhes comprehender que, sujeitando-se com paciencia ao tratamento é que elles poderão obter a cura, e ao mesmo tempo prevenil-os de que as recahidas são frequentes, vindo assim demorar o tratamento, e que ainda assim com todos estes obstaculos não devem desanimar de fórma alguma.

Restabelecer a constituição enfraquecida por uma boa alimentação, aconselhar aos doentes que respirem tanto quanto lhes fôr possivel o ar puro, que passêem, se o permittir o seu estado de saude, que evitem sobretudo o ar viciado nos logares em que possa reunir-se um grande numero de pessôas durante algum tempo, o fumo, as exhalações ammoniacaes (urina, excrementos), emfim, todo o excesso de luz, eis ao que deve attender o pratico.

A mudança de casa e de ar exercem beneficos effeitos no tratamento do estado da conjunctiva e são um auxiliar poderoso do tratamento local.

Abadie, a esse respeito, cita o caso de um doente seu que procurou-o em estado adiantadissimo de molestia. Depois de têl-o desembaraçado de um pannus vasto, que ameaçava a cornea, fêl-o seguir, a conselho seu, para a Suissa. Este doente restabeleceu-se completamente. Todos sabem, que na Suissa, onde a pureza do ar é proverbial, não se conhece o trachoma.

Terminando as breves considerações que vimos de fazer, apresentamos o resumo feito por Deval das 29 proposições, firmadas pelo Congresso Ophtalmologico de Bruxellas, nas quaes são incluidos os principios de hygiene e prophylaxia applicadas á conjunctivite granulosa :

1.ª — O meio preservativo por excellencia consiste em afastar tanto quanto fôr possivel os individuos contaminados dos individuos sãos.

2.ª — Se o mal existe em estabelecimentos, como sejam : hospitaes, casas de correcção, etc., um logar especial será reservado aos granulosos.

3.ª — Se uma criança, n'uma familia, é affectada de granulações, deverá ella dormir em um leito separado e tanto quanto possivel só em um quarto ; e n'este caso deve ser guardada a maior vigilancia para que os objectos de que ella se serve habitualmente sejam reservados exclusivamente para o seu uso.

4.ª — Desde que as granulações sejam descobertas em um alumno, n'um collegio, deve elle ser remettido para a sua familia até que se restabeleça completamente.

5.ª — Si o flagello se manifestar no exercito, os atacados de granulações devem ser enviados para o deposito.

6.ª — Não devem elles ser reintegrados aos seus respectivos corpos, senão depois de serem postos em observação, em companhias especiaes, depois da cura provavel das granulações.

7.ª — Os cuidados medicos devem ser prestados em salas separadas: separar os convalescentes dos doentes.

8.ª — Exercer uma vigilancia rigorosa na roupa branca, fatos, etc.

9.ª — Caiar e desinfectar os logares em que residiram os ophtalmicos.

10.ª — Examinar muitas vezes os olhos dos soldados, sobretudo depois de uma primeira contaminação.

11.ª — N'este exame ter um grande cuidado em não inocular em si o principio malefico.

TRATAMENTO LOCAL

No tratamento local, que póde ser encarado debaixo de dous pontos de vista, podemos destruir as granulações por meios violentos, ou determinar por cauterisações superficiaes, applicações irritantes ou inoculações, uma inflammação substitutiva que provoca a reabsorpção d'estas granulações.

Á vista d'isso dividimos muito naturalmente o tratamento local em — tratamento pelos processos cirurgicos — tratamento pelas cauterisações ou methodo substitutivo. Este ultimo póde ser subdividido em tratamento pelos causticos propriamente ditos, tratamento pelas inoculações de pús de ophtalmias purulentas ou blenorrhagicas e tratamento pelo Jequirity.

TRATAMENTO PELOS PROCESSOS CIRURGICOS

Escarificações. — Os que têm empregado este tratamento, dizem que elle tem toda a indicação nos casos em que ha tumecencia das papillas e granulações diffusas ou mixtas e augmento de volume da mucosa muito pronunciado.

As escarificações devem ser feitas com uma lanceta, uma faca de cataracta ou mesmo um escarificador em uma direcção parallela ao bordo livre; duas ou tres vezes e mesmo mais, se fôr necessario, com um ou dous dias de intervallo.

Ellas tem por fim combater o excesso de inflammação, que muitas vezes acompanha o deposito do tecido neoplasico na mucosa conjunctival.

Errariamos, se quizessemos fazer das escarificações um methodo geral de tratamento das granulações, pois ellas produzem então cicatrizes perigosas, sobretudo quando são seguidas de cauterisações, que n'estas condições devem actuar profundamente. O sulfato de cobre é o preferido para cauterisar a conjunctiva depois das escarificações.

Além d'isso, como bem diz Wecker, a que titulo iriamos escarificar uma conjunctiva pallida, pouco inflammada e coberta de granulações ?

Attrito da conjunctiva (raclage). — Meyer substitue as escarificações pelo attrito energico produzido por meio de uma esponja um pouco dura sobre a mucosa doente.

« O resultado, no ponto de vista do escoamento do sangue é o mesmo, e eu creio que retirando assim a camada epithelial, provoca-se uma actividade de circulação que favorece a reabsorpção das granulações. »

Eis as proprias palavras do auctor já citado, explicando a acção d'este meio de tratamento da molestia de que nos occupamos.

O tratamento das granulações por esse processo já era conhecido e empregado por Hypocrates, que se servia para executal-o de um rôlo de lã não cosida.

Hoje Panas depois de attritar a conjunctiva cauterisa-a com o sulfato de cobre.

Excisão das granulações. — A excisão das granulações da qual muito bem diz Deval é condemnada por muitos praticos. Ella tem sido tentada nos casos de granulações isoladas e pedi-

culadas, fazendo uma saliencia exagerada, porém com todo o cuidado afim de não offender a conjunctiva.

Excisão dos fundos-de-sacco conjunctivaes. — Este processo tem sido empregado e aconselhado em casos excepcionaes em que as granulações extremamente abundantes, em que a mucosa e os tecidos subjacentes hypertrophiados não soffrem modificação alguma sob a influencia das cauterisações.

Eis o processo operatorio de Galezowski : « O doente deitado e adormecido, si quizer, volta-se a palpebra inferior e prende-se com uma pinça o fundo-de-sacco e traz-se-o para fóra, procurando tanto quanto fôr possivel luxal-o sobre o tarso. Confia-se esta pinça ao ajudante, collocado á cabeceira do leito, começa-se a dissecção da conjunctiva, primeiro em seu limite bulbar e depois perto do seu bordo tarsiano. A incisão posterior não deve invadir o globo ocular, nem ultrapassar a espessura da conjunctiva. A dissecção d'esta parte do bordo tarsiano e para diante da pinça deve ser feita com muito cuidado, para não comprometter o tarso nem offender a conjunctiva bulbar. Feita a operação para-se a hemorrhagia e applica-se compressas geladas. » Passados tres dias, principia-se de novo a cauterisar as partes, e, depois de um a tres mezes d'este tratamento, conta Galezowski, curas radicaes e melhoras mui sensiveis.

Richet em primeiro lugar remove os obstaculos á excisão do fundo de sacco, obstaculos estes que não são mais do que complicações das granulações e que consistem na retracção do tarso e da fenda palpebral. Elle incisa pois o angulo externo do olho, comprehendendo a pelle, a camada muscular, o tecido fibroso e a conjunctiva. Depois d'isto volta as palpebras com immensa facilidade e conservando-as fortemente afastadas, Richet prende as dobras conjunctivaes e excisa-as com tesouras.

Apezar dos magnificos resultados que, diz Galezowski, haver alcançado em mais de duzentos doentes, esta pratica é inconveniente e mesmo prejudicial, porque as perdas de substancia dão lugar a cicatrizes na conjunctiva palpebral, que podem algumas vezes constituir enfermidades incuraveis.

Ella foi assumpto de uma discussão interessantissima na Sociedade de Cirurgia, na qual tomaram parte muitos homens notaveis, taes como Panas, Terrier e Abadie.

Panas, criticando a lembrança de tirar-se retalhos da conjunctiva, pronunciou-se abertamente contra ella, e a proposição — ce n'est pas lorsque l'etofe manque qu'il faut encore en enlever — mostra, enunciada por elle, a justeza de sua apreciação.

TRATAMENTO PELOS CAUSTICOS

É principio admittido por quasi todos os ophtalmologistas que é necessario para promover a absorpção, e portanto o desapparecimento do tecido neoplasico, um certo gráu de vascularisação da mucosa conjunctival.

Esse fim podemos attingir e provocamos esse gráu de turgencia da mucosa com cauterisações reiteradas. No caso de já existir, lançando mão do mesmo meio, conseguiremos mantel a por algum tempo, dando assim lugar a que ella influa sobre o estado granuloso da conjunctiva.

Convem lembrar que esta turgencia deve estar em relação com a massa do tecido neoplasico.

As cauterisações devem ser feitas com todo o cuidado e prudencia.

Si não procedermos por este modo, de certo lamentaremos os graves inconvenientes que podem dar-se.

Consecutivamente a essas cauterisações mal feitas, dão-se perdas de substancia, que dão lugar ao apparecimento de cicatrizes e deformações consideraveis, podendo muitas vezes aggravar o estado da cornea.

Stromeyer diz que as cauterisações são mais perigosas para o doente do que a propria doença. Elle exagera o effeito das cauterisações, exprimindo se por este modo, mas em todo o caso tem o merito de prevenir os praticos e assim obrigal-os a procederem pelo modo já por nós indicado acima.

Segundo Wecker, sempre ás granulações associa-se um certo gráu de purulencia que varía, segundo os casos.

A purulencia póde nascer espontaneamente sobre a conjunctiva granulada e ser em tal gráo, que, só por si, seja sufficiente para fazer desapparecer a producção morbida.

Outras vezes ella é de tal fórma pronunciada que se torna necessario reprimil-a.

Para subjugal-a podemos recorrer ao emprego de compressas frias e ás cauterisações com uma solução de nitrato de prata que segundo Wecker deve ser de 1 gramma de nitrato de prata para 50 de agua distillada. Este mesmo autor diz que o emprego dos acidos carbolico e salicylico presta nestas condições serviços valiosissimos.

A inflammação que acompanha o deposito das granulações na conjunctiva, não sendo muito pronunciada, não póde, finalmente, dar lugar á absorpção do tecido morbido.

É este o caso mais commummente observado e no qual devemos intervir com o emprego de um tratamento irritante, consistindo em cauterisações repetidas.

É aqui que, principalmente, somos levados a provocar uma vascularisação capaz de absorver as granulações.

As substancias mais empregadas para esse fim são o sub-acetato de chumbo, o sulfato de cobre, e o nitrato de prata.

Sub-acetato de chumbo. — O sub-acetato de chumbo foi pela primeira vez empregado por Buys, que preconisou as suas vantagens praticas.

Esta substancia, que deve ser pura e bem porphyrisada foi applicada da maneira seguinte por este autor. Um pincel de antemão molhado em agua distillada e depois mergulhado em uma porção de pó de acetato de chumbo, que lhe fica adherente é levado ao angulo externo do olho, onde deve ser demorado durante alguns instantes. As lagrimas que se escoam constantemente reduzem a substancia á uma massa, cuja quantidade augmenta com as novas applicações do pó. Quando a massa é já sufficiente, deve ser espalhada por toda a conjunctiva, tendo o cuidado de fazel-a penetrar pelas suas anfractuosidades.

Recommenda Buys que se principie a applicação pela palpebra inferior, sem o que as lagrymas que se escoariam em abundancia quando se applicasse a massa metallica na palpebra superior destruiriam a camada que se depuzesse sobre a palpebra inferior.

A dôr, que póde ser incommoda no começo da applicação desapparece depois.

A necessidade de novo curativo é indicada, diz Buys, pela sensação incommoda que experimenta o doente e que indica que algumas granulações escaparam á acção do sal, que deve ser collocado sómente nos pontos em que houver falta do verniz protector.

Este processo soffreu uma ligeira modificação. A massa só depois de preparada é que se applica sobre a conjunctiva exactamente como fazia Buys. Ella tem assim a vantagem de apresentar-se em um estado de mistura mais perfeito e não offerecer, portanto, crystaes não dissolvidos á mucosa, que deviam necessariamente irrital-a.

Wecker em sua obra recentemente publicada indica as desvantagens trazidas pela applicação do sub-acetato de chumbo por este modo.

Diz elle que esta substancia assim estendida, sob a fórma de verniz solido sobre a superficie da conjunctiva, tem o inconveniente de adherir muito á mucosa e exercer um attrito prejudicial sobre a cornea. Além d'isso ella não impede as recaidas ás quaes são muito expostos os granulosos. Accrescenta que este tratamento não permitte que a mucosa seja constantemente observada e que ainda mais a sua acção não é tão rapida como se tem affirmado e termina dizendo serem estas as razões pelas quaes este medicamento que tanto tem sido exaltado, vae pouco a pouco sendo abandonado, pois ao lado de vantagens mediocres encontram-se graves inconvenientes.

Warlomont, porém, affirma ter sido bem succedido applicando-o nos casos de granulações de marcha excessivamente chronica, sem lacrymejamentos, nem photophobia. Nos casos contrarios as lagrymas arrastarão o sal e os seus effeitos serão nullos.

Abadie em suas lições de clinica ophtalmologicas, diz que em-

prega de ordinario o sub-acetato de chumbo com o qual tem obtido grandes vantagens.

Nos casos mais graves este sal é reunido a agua em partes iguaes. Quando as granulações são em pequena quantidade as relações são menos concentradas (5 para 15). Estas soluções são applicadas por meio de um pincel, sobre a mucosa affectada. Depois da applicação é indispensavel o cuidado de lavar com agua as palpebras para tirar o excesso do caustico, cujas particulas insoluveis se precipitam e pódem ficar prezas entre ellas e o globo ocular.

Isto que acabamos de dizer é em referencia á molestia quando a cornea não apresenta ulcerações. Até aqui todos estão de acôrdo.

Quando porém, ás granulações associa-se um estado ulceroso da cornea deve-se empregar as soluções do sub-acetato de chumbo?

Abadie diz que sim. Para elle quer n'estes, quer n'aquelles casos não se deve receiar os pretendidos perigos do emprego d'este sal, que o Dr. Panas diz, quando ha ulceras da cornea, penetrar entre os elementos d'esta membrana e incrustar-se em suas differentes camadas, formando depositos brancos e constituindo uma verdadeira complicação que este professor denominou —keratite chimica.

As impregnações indeleveis d'esta substancia na cornea explicam satisfactoriamente a repugnancia de certos praticos quando desejam lançar mão d'este tratamento.

O meio de prevenir esses accidentes desagradaveis, diz Abadie, está ao alcance de todos. Basta que, logo depois da applicação do sal tenha-se o cuidado, de, como já disse, lavar com escrupulosa attenção as partes para tirar as particulas de chumbo.

Procedendo por esta fórma nada ha que receiar, segundo o já mencionado professor.

Meyer e outros são da opinião de Panas e regeitam terminantemente o emprego d'este sal nos casos em que a cornea não estiver intacta.

Um pratico distincto emprega o acetato de chumbo e agua em partes iguaes quando se trata de trachoma mixto ou diffuso e que as granulações estejam cobertas de uma camada espessa de epithelio e quando finalmente a secreção muco purulenta fôr pouco abundante.

Sulfato de cobre. —Sendo a conjunctiva, séde das granulações muito pouco vascularisada o sulfato de cobre solido, sob a fórma de lapis, provoca a vascularisação desejada quando posto em contacto com as partes invadidas pelo neoplasma.

Estas cauterisações eram feitas por dous processos.

Em um voltava-se a palpebra e cauterisava-se a mucosa nos pontos affectados; no outro, seguido pelo professor Panas o lapis era introduzido entre a palpebra e o globo ocular. Além de outros inconvenientes d'esta substancia n'este estado ha o de não poder-se cauterisar todos os pontos da mucosa nem levar o lapis até ao fundo de sacco.

Os medicos belgas, entre os quaes citamos Warlomont e assim Abadie, em França, para obviar esses inconvenientes e aproveitar a acção d'esta substancia emprega-a sob a fórma de glyceroleo (1 gramma para 10 grammas). Um pincel molhado n'este preparado é levado ás palpebras, e passado sobre a mucosa, em todos os seus pontos.

Diz o professor Abadie que o glyceroleo de sulfato de cobre tem a triplice vantagem de ser menos doloroso, de attingir facilmente todos os pontos da mucosa e de actuar de um modo igual sobre todos os pontos.

O Dr. Panas ao emprego do sulfato de cobre solido, accrescenta, porém, o uso de compressas quentes applicadas noite e dia sobre os olhos e vaporisações de agua quente com o apparelho do Dr. José Lourenço. As compressas devem ser mudadas todas as vezes que estiverem seccas ou frias. Depois d'estas cauterisações, para acalmar as dôres, os doentes devem banhar os olhos com agua fria.

Na opinião dos que fazem uso do sulfato de cobre, este caustico produz uma escara muito superficial.

Qual o intervallo que devemos guardar entre as cauterisações? Wecker diz que é indispensavel que ellas sejam feitas sómente depois do desapparecimento da irritação produzida pela primeira, e que além d'isso não devem ser repetidas muitas vezes para não irritar a conjunctiva, demasiadamente, porque n'esta molestia é preferivel ficar á quem á ir além do tratamento necessario.

Um facto curioso de observação é o modo por que se portam os causticos para com a mucosa.

Tratando-se de granulações chronicas o medico é surprehendido ao vêr que um caustico empregado habitualmente não produz mais sobre a mucosa o effeito desejado. A sua acção sobre ella torna-se nulla. A dôr deixa de se fazer sentir e o estado da mucosa volta ao que era antes da applicação do caustico.

Recommenda-se n'estas condições que se varie o tratamento e que depois das cauterisações com o sulfato de cobre, se façam novas com uma solução de sub-acetato de chumbo. Outros praticos alternam as applicações de sulfato de cobre com as de nitrato de prata.

Para Abadie é esta substancia sob a fórma de glyceroleo nas proporções já indicadas que tem produzido as maiores vantagens.

A acção prolongada d'este glyceroleo, dá resultados satisfactorios, diz Abadie, nos casos de granulações chronicas, rebeldes á numerosos tratamentos.

As granulações desapparecem, e a mucosa volta ao seu estado normal ou apenas soffre mudanças pouco notaveis em sua estructura intima.

As complicações corneanas cessam rapidamente e a cornea nos casos de pannus readquire a sua transparencia primitiva.

Nitrato de prata. —O nitrato de prata tem sido empregado em lapis, ou em soluções mais ou menos concentradas. Em lapis tem o inconveniente, apontado por Deval, de não ser possivel avaliar até onde póde chegar a acção das cauterisações.

Devemos pois dar a preferencia ás soluções d'este sal. Tratando das cauterisações pela solução do nitrato de prata. Decondé aconselha que se cauterise em primeiro lugar a palpebra superior e depois a inferior para que aquella, sendo curada não possa derramar sobre esta os productos irritantes que contribuem para entreter a molestia.

Para que se tenha mais segurança no tratamento instituido, convém que se leve a solução até o fundo de sacco conjunctival. Applicada esta, é de todo o rigor que se lave as partes que

soffreram a acção do caustico com agua salgada para neutralisar o excesso do sal empregado.

Graefe recommenda que se faça todo o possivel para que a cornea não seja tocada por elle.

As soluções mais empregadas são as de 2 grammas para 100. Uns usam soluções fracas, e outros entre os quaes Hairion prefere as concentradas.

Na opinião de Wecker o nitrato de prata não deve ser utilisado como meio de tratamento do trachoma: porém presta serviços valiosissimos nos casos em que as granulações se acompanham de purulencia.

Galezowski recommenda que se tenha muito cuidado por occasião de cauterisar-se a conjunctiva passando muito de leve sobre ella a solução caustica.

Além d'estas, outras substancias tem sido empregadas e d'ellas trataremos em seguida.

Tanino. — O tanino tem sido preconisado por Hairion e segundo Meyer em forma de glyceroleo possue a vantagem de poder ser applicado pelo proprio doente. Este glyceroleo, que compõe-se de 1 gramma de tanino para 15 de glycerina, é empregado frequentemente pelo professor Abadie em substituição de tempos a tempos do sulfato de cobre, para que a mucosa não se habitue com este ultimo.

O alumen, o borax e o salicylato de sodio têm sido empregados.

Fromont serviu-se da tintura de iodo nos individuos irritaveis e lymphaticos.

O acido chromico foi experimentado por Hairion.

O chlorureto de zinco foi preconisado por Hays.

O acido phosphorico apresentado por Cunier.

O chlorureto de ouro lembrado por Clay Wallace.

O acido nitrico e as quatro ultimas substancias não foram acceitas na pratica. A maior parte dos ophtalmologistas não faz uso de forma alguma dos causticos fortes e energicos.

De suas applicações proveem cicatrizes que não podem ser

evitadas. No tratamento das granulações neoplasticas tem toda applicação o que diz Stromeyer. Este distincto pratico, com a auctoridade que todos lhe reconhecem, affirma que todo o tratamento que ataca directamente as granulações com o fim de destruil-as, é máo.

Com a destruição das granulações apparecem cicatrizes, que, sendo a ultima phase do desenvolvimento ou evolução do trachoma, é o que temos em vista evitar principalmente.

TRATAMENTO

PELA INOCULAÇÃO DO PUS DA CONJUNCTIVITE PURULENTA OU DA BLENNORRHAGIA

Este methodo de tratamento foi introduzido na sciencia em 1812 por Joeger, de Vienna, para uns; outros, porém, dão as honras d'esta descoberta ao professor Henrique Walker, de Glasgow.

Parece, porém, que foi aquelle, segundo um bem crescido numero de autores, que tivemos occasião de consultar, que teve primeiro a ideia de inocular o pus de opthalmia purulenta para curar, por este meio, a conjunctivite granulosa.

Depois d'elle José Piringer praticou largamente estas inoculações com o pús de ophtalmia dos recemnascidos ou de ophtalmias blennorrhagicas.

Carron de Villards empregou por tres vezes a inoculação com pessimos resultados. Na America, Stout, de (Nova York,) foi bem succedido e o seu exemplo foi seguido por Dudgeon, na Inglaterra, empregando este o pús de ophtalmia dos recemnascidos.

Hairion, (de Louvain) e Van Roosbroeck (de Gand), e Fallot, (de Namur), praticaram muitas inoculações. Foi Roosbroeck quem primeiro fez uso do pús de urethrite blennorrhagica.

Warlomont, Desmarres, Rivaud Landeau (de Lyon) dirigiram os seus esforços no mesmo sentido.

Apezar dos brilhantes resultados obtidos por d'Ubaldo Daveri e Torri (na Italia), de Bader, Humphry, Hutchinson, Lawson, Taylor, Wilson, Hildige (na Inglaterra) este methodo completa-

mente abandonado e esquecido em França desde 1857 só em 1873 foi de novo empregado.

As observações ulteriores publicadas n'esse mesmo anno por Léon Brière, por Panas em 1878, por Poncet (de Cluny) em 1881 e por Dianoux fizeram vêr que este meio therapeutico era uma poderosa arma para debellar as granulações conjunctivaes, e assim o pannus.

Como se vê, o pús empregado tem sido de ophtalmias dos recem-nascidos, e blennorrhagicas e de urethrites blennorrhagicas.

Em alguns casos em que foram empregados pús de opthalmias dos recem-nascidos e de urethrite blennorrhagica o effeito d'essas inoculações foi nullo.

Assim as opiniões a respeito da preferencia que se deve dar a estas especies de pús têm sido varias.

O que é certo e admittido por muitos autores é que o pús da conjunctivite dos recem-nascidos é considerado como menos violento, e como expondo menos a cornea ás ulcerações e por isso mais vezes empregado.

N'estas questões de inoculações dous factores me parecem em presença, um, o virus, que deve ter seu maximo de intensidade quando o pús é recolhido no periodo agudo da affecção contagiosa; o outro, o terreno sobre o qual é deposto este virus, terreno mais ou menos favoravel, segundo a antiguidade do mal, o estado mais ou menos granuloso da conjunctiva e da cornea e mesmo a transformação cicatricial das membranas oculares que são a séde da ophtalmia granulosa. Explica-se assim porque o pús de uma blenorrhagia aguda não poude determinar inflammação alguma modificadora em um pannus muito antigo, como refere Roosbroeck. — Terrier.

Estas inoculações tem sido feitas quando a cornea apresenta ulcerações, e dizem com algum resultado. O que é certo, é que, na opinião de muitos praticos, podem dar logar á perforação desta membrana. Convêm, portanto, não pôr em pratica este meio quando a cornea estiver n'estas condições.

Os staphylomas da cornea são contra-indicação para as ino-

culações, quando forem muito desenvolvidos e principalmente quando a cornea apresentar-se muito adelgaçada.

Para Warlomont, na affecção unilateral não se deve lançar mão d'este meio. O professor Abadie não pensa do mesmo modo e emprega para preservar o olho são, um monoculo de caoutchouc do Dr. Maurel. Eis o que diz Abadie: Este monoculo, que é munido de um grosso vidro de relogio muito convexo, de modo a cobrir e preservar o olho são, adapta-se perfeitamente, graças á sua guarnição de caoutchouc, sobre as partes molles peri-oculares e constitue um apparelho perfeito de protecção. Não ha palavras com que se possa exprimir a utilidade d'este apparelho e si eu não o tivesse á minha disposição, teria certamente hesitado em recorrer á inoculação. Por mais minuciosas que sejam, com effeito, as precauções tomadas, e por mais activa que seja a vigilancia sobre o olho são, este corre sempre o risco de ser contaminado.

Si ambos os olhos forem affectados, alguns praticos fazem as inoculações, sendo uma para cada olho; outros inoculam o pús em um só dos olhos, contando que depois o outro seja contaminado.

A duração da inoculação não é facil de determinar. Umas vezes é de 11 dias, outras de 14.

Em alguns casos foi de 3 a 4 semanas; em outros 30, 40, 45 dias.

No tratamento da conjunctivite purulenta provocada os praticos dividem-se em 2 grupos.

Um, proscreve qualquer intervenção na marcha da affecção, aconselhando apenas a limpeza do orgão. Warlomont lava os olhos com agua morna para retirar o pús. Dujardin emprega compressas geladas e loções phenicadas. Faucon faz uso de irrigações repetidas de 3 em 3 horas com agua alcoolisada.

O nitrato de prata é sómente empregado quando a perforação da cornea for eminente.

O outro grupo da qual fazem parte Rivaud Landeau, Sichel filho, Panas, Abadie, Dianoux, etc., obra contrariamente a aquelle. Julgando necessaria a intervenção, elles tratam a conjunctivite purulenta provocada, ao menos no seu periodo agudo, por meio de cauterisações, abandonando a pouco a pouco a si mesma.

Si a purulencia tende a cessar mais depressa do que é para desejar-se, afim de produzir o effeito curativo, são indicadas ligeiras cauterisações com o nitrato de prata.

Qualquer d'estes dous modos de proceder tem sido coroado de feliz resultado, segundo as observações n'este sentido. Este ultimo porém em alguns casos tem deixado a cornea mais transparente.

Em resumo eis a opinião de Terrier a respeito da questão de que nos occupamos, admittida em parte pela quasi totalidade dos praticos.

1.ª — A inoculação purulenta é um bom methodo de tratamento de antigas granulações com pannus.

2.ª — Ella é indicada quando se trata de pannus completo e espesso. As ulcerações da cornea, um pannus incompleto ou termis, são até agora contra-indicações á inoculação.

3.ª — O pannus granuloso, ou não, e monocular justifica a inoculação, com a condição de preservar-se o olho são com o maior cuidado, o que é possivel.

4.ª — O pus a inocular é o da ophtalmia dos recemnascidos. Se este não tiver acção pode-se empregar o da conjunctivite blenorrhagica ou mesmo da blenorrhagia urethral.

5.ª — A ophtalmia provocada não deve ser jugulada mas sim tratada convenientemente, a fim de evitar accidente para o lado da cornea.

6.ª — Para completar a cura é frequentemente indicada, instituir-se um tratamento racional com cauterisações de sulfato de cobre, nitrato de prata, pomada amarella e insufflações de pós de calomellanos.

7.ª — Excepcionalmente recorre-se a uma nova operação como a peritotomia ou iridectomia.

Terrier emprega de preferencia o pus de conjunctivites dos recemnascidos, não só pelas razões que já tivemos occasião de apresentar, como tambem porque pelas inoculações d'este pus nunca foram observados accidentes geraes.

As de pus de urethrite blenorrhagica, em dous casos derem logar a phenomenos de rheumatismo blenorrhagico.

O professor Abadie, em um artigo recentemente publicado, propoz-se a demonstrar que este tratamento póde ser applicado mesmo nos casos em que a cornea não estiver coberta pelo pannus protector.

O que o levou a pensar d'este modo, foi a certeza de poder subjugar a conjunctivite purulenta provocada.

Com as cauterisações de nitrato de prata, 3 por cento, repetidas de 12 em 12 horas elle previne as complicações corneanas si ellas ainda não foram produsidas, ou impede os seus progressos si ellas existem.

De posse d'este meio, diz o mesmo autor, a inoculação trouxe sempre uma cura completa e a volta ao estado normal da mucosa.

Eis com explica o professor Abadie a cura das granulações pelas inoculações :

A conjunctivite purulenta verdadeira é devida á presença de um micro-organismo. Assim o affirmam Haab e Sattler. Estes micro-organismos podem ser transplantados para uma conjunctiva sã e ahi desenvolverem-se dando logar a todos os symptomas de uma conjunctivite purulenta.

Ultimamente Sattler em uma communicação feita ao Congresso de Heidelberg, disse haver encontrado microbios na conjunctivite granulosa, differentes dos que elle teve tambem occasião de obervar na cunjunctivite purulenta.

Pasteur poz o facto seguinte em evidencia : « quando em um meio proprio á cultura de um microbio, introduz-se um outro, regra geral, o desenvolvimento de um prejudica o desenvolvimento do outro. »

Da asserção de Pasteur tira Abadie a conclusão de que uma conjunctiva granulada soffrendo a inoculação do pus da conjunctivite purulenta, restabelece-se da molestia primitiva, que é substituida por esta ultima cuja terminação é quasi sempre satisfactoria.

Iwanoff, mostra no seu trabalho já citado, o effeito destruidor do processo blenorrhagico em um olho trachomatoso.

É sabido o papel importantissimo que para elle, gosam essas glandulas, encontradas nas conjunctivas trachomatosas.

Diz este professor que a destruição d'essas glandulas póde trazer uma cura radical do trachoma.

« O que é instructivo no mais alto gráo é o exame da conjunctiva trachamatosa quando é affectada de blenorrhagia. Iwanoff examinou assim tres palpebras.

A conjunctivo era infiltrada em toda a sua espessura por cellulas de pus. Nos logares em que esta infiltração era ainda fraca as cellulas purulentas eram grupadas sobretudo ao redor das glandulas. No seu interior encontram-se alguns globulos de pus isolados. O epithelio das glandulas é alterado. Quando a infiltração é ainda fraca as cellulas cylindricas só são muito distendidas e transformadas em vesiculas que occupam todo o espaço interior das glandulas. Os limites d'estas vesiculas são pouco distinctos, seu conteudo é completamente transparente; em algumas dentre ellas, acham-se duas, tres cellulas purulentas no maximo. O epithelio redondo é menos alterado: vê-se apenas a subdivisão dos nucleos, de 2 a 4 nucleos na maior parte das cellulas. Nas glanulas situadas em um logar em que a infiltração é maior, em que a conjunctiva é infiltrada em toda a sua espessura, todo o epithelio, tanto cylindrico, como redondo, é transformado em vesiculas. Emfim encontram-se glandulas que apenas são reconhecidas pelo seu contorno pouco visiveis (apagadas). Todo o conteudo é transformado em uma massa amorpha, onde se encontram aqui e alli globulos purulentos isolados. Quando as glandulas são alteradas a este ponto, raramente, ellas têm, mesmo de longe, guardado suas dimensões. A mór parte são muito redusidas, ontras inteiramente atrophiadas. »

Ultimamente o professor Abadie tem tentado praticar inoculações com o pus, procurando attenuar a sua virulencia. Elle já estava de posso de meio de transformar a conjunctivite granulosa em conjunctivite purulenta sem fazer com que o olho corresse perigos.

Seria esta ideia um meio de evitar as precauções rigorosas indicadas por elle? Ou seria antes motivada pelo receio de não

ser possivel em alguns casos, subjugar os phenomenos inflammatorios que dariam logar necessariamente á destruição da cornea?

Para terminar transcrevemos uma observação da clinica do professor Abadie, na qual foram ensaiadas as inoculações de pus attenuado, e que pelas conclusões tiradas da marcha d'esta affecção diante dos tratamentos empregados, nos parece ser de não pequena importancia.

M. Levier, 47 annos, caldeireiro, habita desde muito o Alto Egypto, onde é empregado em um fabrica. Por muitas vezes teve ligeiras conjunctivites, que cederam facilmente a um tratamento quasi que insignificante. Em maio de 1882, os mesmos accidentes reappareceram porém com outra intensidade: os olhos estavam vermelhos e lançavam uma certa quantidade de pus; as dorem eram vivas. Um tratamento pelo nitrato de prata foi empregado, porém, vendo os seus symptomas aggravarem-se elle decidiu-se a voltar á França.

No dia 8 de Junho apresentou-se na clinica do professor Wecker que diagnosticou granulações palpebraes com pannus.

O doente foi submettido, durante 15 dias á duchas oculares de vapores phenicados, que deram algum alivio. Depois foram empregados as lavagens de Jequirity : Cinco lavagens no olho esquerdo, seguidas de inflammação viva d'este olho, com tumecencia, dores atroces e perda de somno durante 3 noites, depois ligeira melhoras: 15 dias depois, cinco lavagens no olho direito, seguidas dos mesmos phenomenos. Mas esta melhora ligeira não teve duração e o estado do doente volta a ser tão grave como d'antes. Repouso de uns 20 dias, depois novas lavagens de Jequirity nos dous olhos. Inflammação menos violenta que da primeira tentativa, mas estado consecutivo muito pouco satisfactorio; o pannus tornou-se mas espesso, as granulações sempre confluentes.

Depois de 6 dias de repouso, cauterisações com uma solução de sub-acetato de chumbo. O estado sendo o mesmo no fim de 12 dias o doente abandona a clinica d'este professor.

No dia 3 de Novembro apresentou-se á consulta do professor Abadie que principiou por cauterisar a conjunctiva com glycerolea

de sulfato de cobre. Estas cauterisações, supportadas pelo olho direito, muito dolorosas para o esquerdo forão substituidas pelo nitrato de prata em solução.

Depois de 5 semanas d'este tratamento, no dia 5 de Dezembro M. Abadie faz no olho direito uma primeira inoculação com o pús attenuado pela mistura de uma solução de nitrato de prata, muito fraca.

Continúa o olho esquerdo com as cauterisações de glyceroleo de sulfato de cobre.

A inoculação é seguida de uma ligeira reacção inflammatoria, um pouco de tumecencia, uma suppuração insignificante; o estado local não mudou.

No dia 9 de Dezembro, nova inoculação com o pús attenuado; mesmo effeito insufficiente. No dia 16 inoculação com o pús não diluido, repetida a 20 e 23, mas sem nenhuma efficacia; apenas produz-se de cada vez uma ligeira tumecencia e suppuração sem importancia; as granulações e o pannus não soffreram mudança alguma. A 15 de Janeiro o doente é submettido a um tratamento pelo Jequirity.

Fizeram-se 10 lavagens no olho direito no espaço de 8 dias, porém este olho outr'ora tão sensivel á esta medicação mostra-se-lhe quasi refractario.

Sujeita-se o olho direito ao glyceroleo de sulfato de cobre. Sujeitos á esta ultima medicação os olhos são quasi que restabelecidos.

Tres pontos principaes chamam a nossa attenção com a leitura d'esta observação, diz o seu auctor.

1.º — A inefficacia das inoculações com o pús diluido.

2.º — A inefficacia das inoculações com o pús puro, consecutivas ás primeiras.

3.º — A insensibilidade do olho assim inoculado ás lavagens do Jequirity.

1.º — As inoculações com o pús diluido produziram um effeito insufficiente. Deve este resultado ser attribuido á uma grande diluição do pús? Foram variadas as quantidades reciprocas do pús e

do nitrato de prata e na ultima inoculação a diluição era quasi nulla. Ou bem seria necessario dar como causa d'esta insufficiencia a preexistencia da conjunctivite jequirityca, que teria de alguma sorte esgotado o terreno e tornado a conjunctiva inapta á inflammar-se de novo?

2.° — Do mesmo modo deve-se dar essa ultima explicação para a inefficacia das inoculações com o pús não diluido? Ou antes não deveriamos consideral-a como o resultado de uma especie de vaccinação produzida pelas inoculações precedentes? E n'este caso, não haverá n'este facto uma fonte de pesquizas das mais interessantes sob o ponto de vista da prophylaxia da conjunctivite granulosa e de seu tratamento nos casos de epidemia?

3.° — Emfim, porque o jequirity outr'ora tão activo não produziu o seu effeito depois d'estes diversos tratamentos?

São estas questões cheias de interesse. A solução, porém, só póde nascer de um grande numero de observações analogas.

TRATAMENTO PELO JEQUIRITY

O Jequirity da classe das dicotyledoneas, da familia das leguminosas, da tribu das papilionaceas, (4.ª sub familia) do genero abrus, e da especie abrus precatorius, é uma planta originaria da Asia e da Africa, e que se encontra tambem na America. Em alguns logares em que ella floresce é empregada como objecto medicinal, substituindo o alcaçuz.

As suas folhas, flores e talos são empregadas em infusão como um excellente peitoral.

As suas sementes, vermelhas, luzidias, de hilo negro, são conhecidas em todo o Brazil, sob denominações differentes.

Além disso são muito procuradas em alguns paizes, para adornos e rosarios, e d'ahi o nome de precatorius. Na Africa são vendidas como producto de acção mysteriosa.

O emprego do jequirity nas provincias do Piauhy e Ceará, nos casos de granulações, é de longa data conhecido.

Constituia o jequirity um remedio popular, que applicado frequentemente, dava lugar a grande numero de desastres.

D'isso nos dão testemunho o Dr. Castro e Silva em uma memoria publicada em 1867, e o Dr. Moura Brazil que teve occasião de observar, em individuos que soffriam este tratamento, inflammações ás vezes tão intensas que, deixando de limitar-se ás palpebras, invadiam a face, o pescoço e a parte superior do thorax e não raramente eram observados casos de suppuração das glandulas sub-maxillares.

O Dr. Castro empregava-o na dose de 1 gramma para 700 de agua e preparava-o, como era de uso no Ceará, do modo seguinte: Amollecido o jequirity quer pela agua quente quer pela agua fria, retirava-se o seu spermo-derma e depois era triturado. N'este estado reunia-se a agua fria com a qual ficava em maceração durante 24 horas, e depois filtrava-se.

Era com esta substancia, assim preparada, que os doentes banhavam os olhos tres vezes por dia, deixando que ella penetrasse bem entre as palpebras. As soluções mais concentradas eram empregadas em gottas durante tres dias. Faziam-se novas applicações logo depois que cedesse a inflammação produzida pela primeira.

O effeito do jequirity sobre as palpebras faz-se logo sentir: o doente sente dôres vivas, as palpebras se tumefazem; a sua pelle torna-se luzente, ha lacrymejamento, impossibilidade de levantar as palpebras, etc.

Recentemente em Julho de 1882 o professor Wecker publicou nos *Annaes de Oculistica*, uma communicação feita por elle á Academia das Sciencias sobre este medicamento.

A noticia do emprego do jequirity, no Brazil, chegou ao seu conhecimento por uma carta de um antigo cliente que conseguira restabelecer-se no Piauhy, sómente com applicação deste meio, de uma conjunctivite granulosa de que ha muito soffria.

De posse d'esta substancia e do seu modo de preparação, applicou-a em diversos doentes de sua clinica.

De accôrdo com as indicações recebidas o professor Wecker fazia macerar 32 grãos de jequirity bem pulverisados em 500 grammas de agua fria, durante 24 horas, e depois addicionava outras 500 de agua quente.

Frio e filtrado, este liquido assim obtido servia ao doente para banhar com elle os olhos tres vezes por dia, até a producção de uma inflammação intensa.

De suas experiencias tira as seguintes conclusões:

1.º — Que o jequirity provoca rapidamente uma ophtalmia purulenta. Quando em vez de simples loções, elle era applicado á conjunctiva e empregado em compressas embebidas na sua infusão, a purulencia era muito mais pronunciada.

2.º — Que o emprego da infusão d'estes grãos, além de não ser doloroso, provoca promptamente a purulencia como a inoculação, tendo sobre esta a vantagem de não ser usada uma substancia tirada de um individuo, cuja constituição é desconhecida.

3.º — Que com as precauções necessarias consegue-se dosar a purulencia desejada, o que não se obtem na inoculação.

Além disso, a inoculação tem sobre o jequirity a desvantagem de não ser tolerada pelos doentes, nos casos, em que, não tendo a primeira produzido a purulencia esperada, seja reclamada mais de uma operação d'esta natureza.

Accrescenta este professor que o jequirity pareceu não ser prejudicial ás affecções ulcerosas da cornea.

Depois do artigo publicado em Novembro de 1882, em outro de Junho do corrente anno, Wecker modificou o modo de preparação do jequirity. Reconhecendo que as soluções feitas a frio produzem uma inflammação muito mais intensa, elle emprega commummente esta substancia assim preparada: 10 grammas de grãos de Jequirity reunidos a 500 grammas d'agua são postos em maceração durante 24 horas e depois este liquido é filtrado.

Passa-se esta solução sobre a conjunctiva doente e applicam-se compressas embebidas na solução durante alguns minutos.

São, pois, as soluções de 2 % feitas a frio, as preferidas por Wecker, e que são empregadas nos casos de granulações pouco desenvolvidas e de pannus muito ligeiros, tres vezes por dia, durante tres dias ou mesmo mais.

Com este modo de applicação elle obtem inflammações não

muito intensas. Estas podem, porém, ser provocadas com a condição de serem estas loções muitas vezes repetidas.

As soluções de 5 % são preferidas nos casos de granulações muito espessas e antigas e com pannus rebeldes. Aqui, porém, são empregadas as de 2 %, quando a cornea apresenta ulcerações.

Finalmente, dos numerosos factos de sua clinica tira novamente as seguintes conclusões :

Incontestavelmente as loções com a infusão dos grãos de jequirity, dão uma ophtalmia purulenta de natureza croupal, cuja intensidade póde ser dosada, segundo o numero das loções e da concentração da solução empregada.

Incontestavelmente a cornea não corre perigo algum durante a evolução da ophtalmia jequirityca.

Incontestavelmente a ophtalmia jequirityca cura rapidamente as granulações.

Quatro mezes depois da communicação de Wecker appareceu nos *Annaes de Oculistica* um longo trabalho do Dr. Moura Brazil, que já havia sido publicado em Outubro, na *União Medica*. N'elle declara o seu autor que ha mais de um anno fez as suas primeiras experiencias sobre o jequirity e que perdeu muito tempo, procurando o seu principio activo, com o fim de dar ás suas applicações uma fórma scientifica.

A analyse chimica d'esta substancia foi feita pelo nosso collega Dr. Mello e Oliveira.

Do jequirity foram retirados diversos principios, que, todos experimentados pelo Dr. Moura Brazil, não produziram acção alguma inflammatoria, com excepção, porém, de uma substancia extractiva de côr esverdinhada. Esta substancia não foi encontrada por Wecker, nem por dous chimicos distinctos, preparando, porém, o Dr. Robinet um extracto dos grãos, cuja solução não provocou acção alguma sobre a conjunctiva.

O Dr. Mello e Oliveira não encontrou alcaloide no abrus precatorius. Ha, no jequirity, diz elle, uma substancia volatil que não pôde isolar, e um facto curioso veio confirmar a sua existencia. O Snr. Eugenio Hollanda, pharmaceutico n'esta côrte, occu-

pando dous trabalhadores na preparação do pó de jequirity para vender ás pharmacias, teve occasião de mandar chamar o seu medico o Dr. Pires Ferreira, afim de tratar de um dos trabalhadores que apresentou-se com uma dupla ophtalmia, logo depois de haver terminado o trabalho de encher pequenos vidros com o pó preparado.

Este accidente tem-se repetido em todos os trabalhadores que se occupam n'este mister, segundo referiu-nos o Senr. Pharmaceutico Hollanda.

O Dr. Pires Ferreira attribuiu o facto ao jequirity.

Procedendo á experiencias em coelhos, conseguiu o Dr. Moura Brazil precisar a dóse do jequirity que produz uma inflammação regular.

Assim, em seus doentes foram applicados: o seu principio extractivo na dóse de 20 centigrammas para 10 de agua distillada; e a infusão ou maceração das sementes separadas dos seus tegumentos, na dóse de 50 centigrammas para 10 de agua.

Diz elle que estas tres preparações deram-lhe sempre em todos os periodos da molestia resultados admiraveis, o que prova com as tres observações citadas em seu trabalho, nas quaes conseguiu curar os seus doentes apenas com uma só applicação de cada uma d'ellas.

A exemplo do professor Wecker e do Dr. Moura Brazil, muitos oculistas têm applicado o jequirity em larga escala, porém sempre segundo as indicações d'aquelle.

O Dr. Ponti, de Parma, e o Dr. Moyne dão conta de quatro observações que provam a efficacia do jequirity. O Dr. Peña, na *La Oftalmologia Pratica*, cita dous casos originaes de conjunctivite granulosa, curados pelo abrus precatorius.

O Dr. Gillet de Grandmont, cita os felizes resultados obtidos por elle. O Dr. Dujardin diz que empregou o jequirity com vantagem nos casos de keratite granulosa inflammatoria, mesmo com ulceração da cornea, porém, acompanhada de um estado relativamente satisfactorio das conjunctivas palpebraes, e nas perturbações da cornea de origem granulosa, persistindo depois da cicatrisação

das granulações, ou mesmo coincidindo com as fórmas torpidas das granulações.

O Dr. Mazza teve occasião de prestar seus cuidados medicos a 30 granulosos, dos quaes 5 restabeleceram-se completamente e 5 melhoraram sensivelmente. Em 15, depois de dous mezes de tratamento, tendo o jequirity provocado inflammações notaveis, as granulações voltaram ao mesmo estado, assim como as affecções corneanas. Nos 5 ultimos, finalmente, não obstante as loções muitas vezes repetidas e durante algum tempo, apenas manifestou-se uma ligeira irritação que durou algumas horas.

Na sessão de 31 de Março, na Academia de Medicina da Belgica, o Dr. Deneffe teve occasião de apresentar trabalhos seus sobre a applicação de jequirity. Este medicamento foi experimentado por elle na presença de seus discipulos e dos Drs. Wesemael e Clacys.

Applicado, de acôrdo com as prescripções de Wecker, os resultados obtidos foram contrarios. Com observações originaes, apreciando o modo de preparação e o emprego do jequirity, os seus effeitos, a marcha da ophtalmia provocada, e o estado da conjunctiva depois dos phenomenos inflammatorios, este affirmou o seguinte:

No ponto de vista therapeutico, a inflammação jequirityca não deu resultado algum.

Depois da mais viva inflammação, renovada mesmo depois de algumas semanas, as granulações não melhoraram.

Nenhum dos granulosos tratados pelo jequirity, viu sua molestia soffrer influencia favoravel por este tratamento.

O jequirity é impotente no tratamento do pannus.

O emprego do jequirity não é inoffensivo. Elle transformou, em um dos doentes, uma keratite vascular em pannus crassus.

A inflammação que apparece com symptomas muito accentuados é fugitiva; em 8 ou 10 dias ella desapparece. Novas loções não podem animal-a nem entretêl-a, apezar de tudo desapparece.

O escoamento, mais ou menos abundante, que acompanha a ophtalmia, é antes sero-purulento que purulento.

Diz mais que não acredita, que a conjunctivite granulosa seja curada em tão pouco tempo pelo jequirity, quando constantemente observa a inoculação blenorrhagica levar mezes para fazêl-a desapparecer.

Finalmente, depois d'estas e outras considerações, é inclinado a crêr, que nos casos em que o jequirity tem sido empregado com vantagem, tratava-se de conjunctivites granulosas, não das verdadeiras, mas sim d'aquellas produzidas pela hypertrophia das papillas.

De granulações, papillares parece-nos os casos citados pelo Dr. Pires Ferreira, e curado pelo jequirity. Diz-nos elle: temos empregado o jequirity nas ophtalmias granulosas, tanto de recentes manifestações como chronicas; ora em minha clinica particular, ora na vasta clinica do hospital de caridade, contando por cada doente um triumpho.

As observações de Lainati e Nicolini, sobre 15 doentes, reduzem muito o valor therapeutico do jequirity.

Innumeras são as noticias que continuadamente apparecem tanto nos jornaes europeos, como nos da America, a respeito do emprego do jequirity, umas dando-o como um medicamento especifico na cura das granulações, outras finalmente mostrando a sua maior ou menor efficacia.

O exame microscopico das soluções de jequirity, assim como o das falsas membranas, umas recentes e outras de dous a tres mezes, foi confiado pelo Dr. Moura Brasil ao Dr. Silva Araujo.

Eis o que diz este ultimo:

« Levei ao microscopio as macerações das sementes esmagadas do jequirity.

« Em todas essas macerações, umas de data recente, outras de dous a tres mezes de duração, achei alguma cousa de interessante. Nas primeiras, de 24 horas de existencia, proximamente, notei grandes cellulas, de duplo contorno, cheias de protoplasma granuloso. Estas cellulas são polyedricas e apresentam, em uma preparação cuidadosamente feita, um aspecto muito parecido com o do epithelio pavimentoso. Empregando o picro-carmim mais facil-

mente attinge-se esse resultado. Por cima d'essas cellulas, no meio d'ellas, e em todas as partes do campo microscopico onde ellas não existem, acham-se pequenas granulações, as quaes, com um augmento mais consideravel, apresentam o aspecto de corpusculos esphericos, muito brilhantes e dotados de movimentos de rotação sobre seu eixo e até de verdadeira projecção. Com um augmento menos consideravel elles simulam uma poeira fina, envolvendo a preparação.

« Nas preparações de datas mais atrasadas, as cousas mudam muito. Além do pó, ou, melhor, das gonidias que se havia observado, encontram-se verdadeiras cellulas e tubos de uma planta microscopica. São esporos e mycelio que ahi se apresentam. Os esporos são grandes, ovoides, ora isolados, ora aos pares ou em grupos de tres ou mais. Os tubos, uns trazem esporos — tubos esporophoros — outros são vasios. Apresentam ramos. O duplo contorno é muito facil de observar. Entre os esporos e os tubos encontra-se o mesmo pó, as gonidias, a que ha pouco me referi. Cumpre observar que esses esporos e tubos são tanto mais desenvolvidos quanto mais antiga é a maceração. A solução de potassa os torna mais visiveis.

« O exame do exsudato produzido na conjunctiva forneceu-me, de outro lado, resultados muito curiosos. No doente que primeiro examinei encontrei toda a superficie conjunctival da palpebra superior coberta de uma falsa membrana, de aspecto diphterico, que facilmente pude destacar em toda a sua extensão, levantando-a por uma extremidade. O doente portador desta membrana soffrera a instillação de algumas gottas de maceração recente de jequirity.

« O exame microscopico mostrou-me que essa membrana era constituida por uma agglomeração de corpusculos de pús, soldados entre si por uma substancia fibroide e cobertos de gonidias, em tudo similhantes ás que observara na maceração recente das sementes de jequirity e nas antigas, entre os esporos e os tubos.

« Deixando durante 48 horas esta membrana em maceração em agua distillada e filtrando, encontrei no residuo muito mais desenvolvidos os elementos cuja existencia já havia assignalado.

« As gonidias eram mais abundantes e volumosas : umas destacadas, representando micrococcus, com toda a apparencia que se lhes dá ordinariamente; outras agrupadas ás duas, quatro, seis e mais.

« Umas e outras eram brilhantes, esphericas, dotadas de movimentos de rotação e de projecção. Entretanto esses movimentos não existiam ou, pelo menos, não eram bem pronunciados em todas essas gonidias : algumas pareciam tel-os perdido.

« Além d'esses corpusculos em grupos ou isolados, encontrei outros que estavam reunidos em chapas, offerecendo exactamente o aspecto do que se conhece em micrographia sob a denominação de zoogléa. Eram ellas irregulares, mas bem caracterisadas por sua grandeza e pela côr mais carregada, e constituidas por uma multidão de pequenas granulações, soldadas entre si por substancia amorpha.

« Havia ainda, nas diversas preparações que examinei, outros elementos em numero de 3 a 4, no campo do microscopio, com um augmento de 400 a 500 diametros.

« Tratando as preparações, por uma solução de potassa, pude melhor examinar esses corpusculos, que me pareceram formados de um stroma, limitando vacuolos onde existiram esporos similhantes aos que juncavam a preparação. »

Esta analyse do Dr. Silva Araujo é mais ou menos confirmada pelas que foram feitas pelo professor Sattler e pelo Dr. Azevedo Macedo. Este ultimo teve a bondade de mostrar-me o desenho, feito por elle, da preparação microscopica do jequirity.

M. Haranger encontrou em uma infusão fresca de jequirity micrococcus, corpusculos e granulações.

Muitos praticos pensam que o jequirity actúa como a inoculação blenorrhagica.

Nunca tivemos occasião de applicar este medicamento em individuos affectados de verdadeiras granulações. Os doentes que cahiam debaixo de nossa observação na Policlinica geral do Rio de Janeiro soffriam de granulações papillares. N'estes foi empregado o jequirity pelo Dr. Moura Brasil, segundo as suas indicações.

Em um dos doentes, a inflammação, depois de uma applicação apenas de jequirity, foi tão intensa, que deu logar á perforação da cornea, abaixando sensivelmente as elevações conjunctivaes, pouco a pouco, e hoje acha-se quasi restabelecido, tendo a cornea acquirido uma transparencia muito notavel; em outro os phenomenos inflammatorios não foram tão pronunciados e as granulações cederam completamente.

Ao descuido do primeiro doente, victima da ulcera na cornea, podemos, em parte, attribuir este desagradavel accidente, por ter deixado de comparecer ao serviço da Policlinica no dia immediato ao da applicação do jequirity.

Em mais dous doentes foi applicado o jequirity, um, não poude ser convenientemente observado, por se ter ausentado; outro teve uma ligeira inflammação, quasi nulla, não obstante soffrer mais de uma applicação.

Em outros casos de que tenho conhecimento o jequirity não produziu irritação alguma, sendo as soluções empregadas muito concentradas e applicadas frequentemente.

Como explicar estes factos?

Será porque estes individuos gozam de uma certa resistencia á acção inflammatoria do jequirity?

Talvez que seja esta explicação, que avançamos, uma verdade futura.

Quanto aos casos citados por Deneffe e outros, em que o jequirity, depois de ter produzido uma inflammação violenta, deixou a conjunctiva no estado primitivo, coberta de granulações, o que pensar á respeito?

Este medicamento dando logar a phenomenos inflammatorios tão pronunciados, seria ainda a sua acção fraca para debellar as granulações?

O estudo do jequirity ainda não está de todo feito. Confiemos no futuro; só elle nos poderá dar a razão d'estes factos.

PROPOSIÇÕES

CADEIRA DE PHARMACIA

Das quinas chimica e pharmaceuticamente consideradas.

I

As quinas são cascas de arvores do genero Cinchona, da familia das Rubiaceas, que se encontram na America do Sul, principalmente no Perú, Nova Granada, Venezuela, Equador e Bolivia.

II

A introducção das quinas na Europa teve logar em 1638, mas foi sómente em 1688 que se teve pleno conhecimento de suas propriedades febrifugas.

III

Geralmente dividem-se as quinas em cinzentas, amarellas e vermelhas, e o Codex distingue-as em cinzenta huanuco, calisaya e vermelha.

IV

Os alcaloides encontrados nas quinas são : a quinina, quinidina, quinicina, cinchonina, cinchonidina e cinchonicina.

V

A quinina, o alcaloide de mais valor, acha-se em maior quantidade na quina amarella e vermelha. A quina cinzenta é rica em cinchonina.

VI

A quinina dá com o acido sulfurico dous saes importantes, o sulfato basico de quinina e o sulfato neutro.

VII

O sulfato basico é o empregado em medicina.

VIII

Conhecem-se ainda outros saes de quinina como sejam: o chlorhydrato, azotato, phosphato, arsenito, antimoniato, ferrocyanato, acetato, tartrato e citrato, tannato, valerianato e bromhydrato de quinina.

IX

Os saes de quinina, por serem mais soluveis, são mais com mummente empregados.

X

As quinas são usadas sob as fórmas de pó, tisana, extracto, tintura e vinhos.

XI

O sulfato de quinina é indispensavel nos paizes pantanosos por ser um medicamento especifico na cura das affecções palustres.

XII

Em virtude de sua grande procura, tem sido objecto de muitas falsificações.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Apparelho circulatorio em geral.

I

O apparelho circulatorio comprehende o coração e os vasos.

II

Os vasos, ligando-se uns aos outros, dão nascimento a tres canaes principaes, percorridos por sangue de coloração differente.

III

O canal de sangue vermelho é constituido em sua parte central por uma cavidade de paredes musculares subdividida em auricula e ventriculo.

IV

É no coração que o fluido nutritivo recebe a impulsão necessaria para chegar até os limites extremos do organismo.

V

Tanto no ponto de vista anatomico, como no physiologico, a divisão do coração em direito e esquerdo é fundamentada.

VI

A disposição muscular intrincada e caracteristica do coração só póde ser equiparada a da lingua.

VII

A situação do coração, considerada em suas relações com a economia inteira, corresponde á união do terço superior do corpo, com seus 2 terços inferiores.

VIII

Os canaes arteriaes procedem de 2 troncos: a arteria aorta e pulmonar.

IX

A arteria pulmonar merece perfeitamente, por suas funcções, a denominação de veia arterial, dada pelos antigos.

X

O volume das veias é mais consideravel que o das arterias.

XI

O numero das veias é muito superior ao das arterias.

XII

O coração é o ponto de partida de numerosos vasos lymphaticos, tanto superficiaes como profundos.

XIII

Os nervos do coração emanam dos systemas nervosos ganglionar e do cerebro espinhal.

XIV

Os vasos lymphaticos formam 2 canaes principaes: o canal thoraxico e a grande veia lymphatica.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Chyluria.

I

A chyluria é uma molestia que se caracterisa pela emissão de urinas, ordinariamente brancas como chylo, outras vezes opalescentes, rosadas, ou côr de café com leite, parecendo conter de mistura os principios do chylo ou da lympha reunidos ás vezes a sangue.

II

Esta affecção tem sido observada quasi que exclusivamente nos climas quentes.

III

Attendendo-se ao numero de casos observados pelos clinicos, é rara entre nós.

IV

A opinião geralmente aceita de ser a chyluria mais commum no sexo feminino é contrariada pela estatistica do Dr. Julio de Moura, onde figuram 47 mulheres e 52 homens.

V

Rara na infancia e na velhice. Na infancia apenas tem sido observados dous casos.

VI

Esta affecção apparece por accessos. Estes podem durar horas, dias, semanas e mezes. Os intervallos entre os accessos podem ser de annos.

VII

A chyluria invade com ou sem prodomos. Estes consistem em languidez, raramente dôres ligeiras, mais raramente ainda dôres intensas na região lombar, propagando-se á bexiga, á verilha ou mesmo á coxa.

VIII

No intervallo dos accessos póde o chylurico gosar perfeita saude, apparentemente.

IX

As urinas podem coagular-se na bexiga, o doente sente dysuria, stranguria. O emprego do sonda é muitas vezes reclamado pela obstrucção da urethra.

X

Os individuos affectados de chyluria podem viver durante muitos annos, conservando as outras funcções a sua integridade.

XI

Os banhos frios, sobretudo os de mar, os tonicos, os ferruginosos, os adstringentes são os melhores meios a oppôr a esta enfermidade.

XII

Tem sido empregados os balsamicos, a tintura de cantharidas, iodureto de potassio.

XIII

A mudança de clima como meio de tratamento raras vezes falha.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ophtalmia laboranti, alvi profluvio corripi bonum.

(Sect. VI. Aph. 17.)

II

Senibus spirandi difficultates, distillationes cum tussi, stranguriæ, dysuriæ, articulorum dolores, nephritides, vertigines, apoplexiæ, mali corporis habitus, pruritus totius corporis, vigiliæ, alvi, oculorum et narium humiditates, visus hebetudines, glaucomata, auditus graves.

(Sect. III. Aph. 31.)

III

Lassitudines spontaneæ morbos denunciant.

(Sect. II. Aph. 5.)

IV

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

(Sect. II. Aph. 3.)

V

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. II. Aph. 2.)

VI

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. I. Aph. 1.)

Esta these está conforme os Estatutos.

Rio, 29 de Setembro de 1883

Dr. Caetano de Almeida

Dr. Benicio de Abreu.

Dr. Oscar Bulhões.